# L'INCUBATION

DE LA

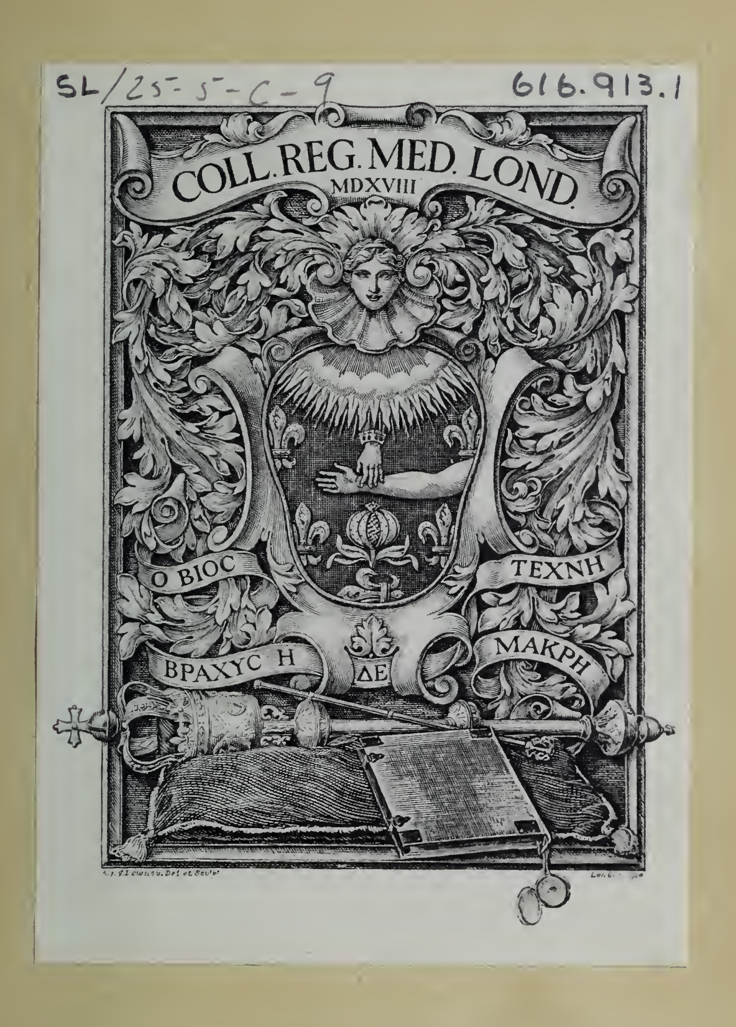
# VARICELLE

PAR

Le Docteur Robert CRUET
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

---

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1899


COLL. REG. MED. LOND.
MDXVIII
O BIOC
TEXNH
BPAXYC H
ΔE
MAKPH

# L'INCUBATION

DE LA

# VARICELLE

# L'INCUBATION

DE LA

# VARICELLE

PAR

Le Docteur Robert CRUET

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

# AVANT-PROPOS

Arrivant au terme de nos études médicales, il nous faut jeter un regard en arrière et nous rappeler tout ce que nous devons à ceux qui furent nos maîtres pendant les trop courtes années de notre instruction.

Heureusement conseillé, nous avons demandé à M. le Professeur agrégé Quénu de vouloir bien nous accepter dans son service de Cochin à titre de bénévole.

Pendant une année entière, nous apprîmes en même temps que les premiers principes de la chirurgie, l'art si difficile d'être vraiment propre, ce que doit être à l'heure actuelle tout médecin digne de ce nom.

Que M. le professeur agrégé Sebileau veuille bien accepter une bonne part des remerciements que nous adressons à M. Quénu, car il était à cette époque son assistant.

Peu de temps après, M. le D^r Balzer, alors médecin de l'hôpital Ricord, nous reçut à titre gracieux dans son service. Nous y sommes retourné par trois fois, goûtant son amabilité autant que son enseignement fécond.

Nous sommes redevable à M. le professeur agrégé Letulle de nos premiers pas en clinique médicale et en anatomie pathologique. Dans son service de Saint-Antoine, une année entière nous apprîmes à ausculter, en même temps que sous sa direction, nous apprenions à juger à l'amphithéâtre des lésions dont nous avions pu apprécier les effets cliniques.

M. le D^r Letulle fut pour nous un maître patient et bien-

veillant. Nous garderons de lui le plus aimable souvenir.

M. le professeur agrégé Ballet, dans son service de Saint-Antoine nous apprit le premier à étudier un nerveux. Qu'il accepte l'assurance de notre vive reconnaissance.

Que M. le Professeur Berger et M. le D[r] Huchard reçoivent ici l'expression de notre gratitude pour l'accueil bienveillant qu'ils nous ont fait dans leur service.

Notre première année d'externat s'accomplit à la Salpêtrière, dans le beau service de M. le Professeur agrégé Dejerine. Il fut pour nous un maître savant et un maître aimable. Sous l'impulsion de son esprit puissant et de son observation sagace, nous avons appris comment il faut examiner un malade, combien le plus petit fait, en apparence, peut avoir de conséquences au point de vue clinique. Nous avons connu dans son service l'art d'observer. de remonter des effets aux causes et d'en tirer des déductions logiques.

Sa patience et sa douceur vis-à-vis des malheureuses nerveuses de la Salpêtrière, nous ont appris, à tout jamais, ce que le médecin doit être pour son malade. Que M. Dejerine reçoive en ces mots trop courts l'hommage de notre affectueuse admiration.

Notre seconde année d'externat s'accomplit à Beaujon dans le service de M. le D[r] Lucas-Championnière. Son service, un des plus actifs de Paris, nous permit d'étudier de très près les blessés immédiats. Nous n'oublierons pas ses bonnes leçons sur les fractures et leur traitement par le massage. Nous aurons toujours présent à la mémoire l'enseignement pratique que son esprit toujours alerte savait si bien faire apprécier.

Enfin nous avons eu l'honneur d'être, en 1899, l'externe de M. le professeur Hutinel, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés. C'est à lui que nous devons nos quelques connaissances en pathologie infantile. C'est à lui encore que nous sommes redevable du sujet de notre thèse, pour l'exécution de laquelle, il nous a fallu si souvent recourir à son obligeance.

Que M. le professeur Hutinel reçoive l'assurance de notre sincère reconnaissance, et pour nous avoir accepté comme externe et pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

M. le Dr Nobécourt, chef du laboratoire des Enfants-Assistés, a droit à tous nos remerciements pour l'obligeance avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour tout ce qui concerne les recherches et les observations.

Merci encore à tous nos autres maîtres des hôpitaux :

M. le professeur Pinard, dans la clinique duquel nous avons accompli notre stage obstétrical.

MM. les docteurs Marchand, Lejars, Vaquez, Delpeuch, Duflocq, qui furent trop peu de temps nos chefs, par suite des hasards, des mutations ou des remplacements.

# INTRODUCTION

Dans la pratique courante, ou tout au moins à l'hôpital, le médecin n'a guère le loisir ou l'occasion de s'occuper de l'incubation de la varicelle : on amène à l'hôpital un enfant en pleine période éruptive, on appellera dans une famille un médecin, pour un enfant qui présente un ensemble de symptômes tels, que méconnus, il sera impossible de poser dès l'abord un diagnostic de varicelle future.

A l'hospice des Enfants-Assistés, il nous a été donné d'assister à l'éclosion et à l'évolution de véritables petits foyers épidémiques de varicelle. C'est ce qui nous a donné l'idée première de notre thèse.

En effet, en diagnostiquant sinon prématurément, au moins quelque temps d'avance, une varicelle, les complications secondaires, telles que les néphrites (1), les arthrites varicelleuses (2), les gangrènes de la peau, pourraient être atténuées, sinon évitées.

La période d'incubation de la varicelle peut être elle-même le théâtre de complications, d'anomalies diverses, et M. Galliard (3) a pu dire : « La varicelle passe pour une « maladie simple, régulière dans ses allures, j'ose dire « qu'elle peut être capricieuse et difficile à diagnostiquer. « Elle passe pour une maladie bénigne, vierge de compli-

(1) Baginski, Rasch, Hénoch.

(2) Bokai et Perret.

(3) Galliard, *Médecine moderne*, janvier 1894.

« cations. Je dis qu'elle peut être grave, maligne, compli-
« quée. »

De même M. Comby (1) avait dit : « La varicelle malgré « sa bénignité presque constante et presque absolue fait « parler d'elle assez souvent et mérite bien l'intérêt qu'on « lui témoigne. »

Il nous a semblé que si l'étude clinique de la varicelle avait été consciencieusement faite, il n'en était pas de même de sa période d'incubation. Nous nous efforcerons de donner quelques signes et quelques particularités qui permettront de diagnostiquer cette affection dès le début.

Nous dirons d'abord quelles ont été jusqu'ici et quelles sont à l'heure actuelle, les opinions sur l'incubation de la varicelle ; puis nous ferons un chapitre de pathologie générale qui, sans nous éloigner trop du sujet de notre thèse, nous permettra d'étudier les phénomènes pour ainsi dire communs aux incubations des maladies éruptives : rougeole, scarlatine, variole, varicelle, etc., etc.

Après cette étude de pathologie générale, où nous nous efforcerons de donner les opinions les plus autorisées, nous verrons les symptômes généraux, les rash, la température, les éruptions muqueuses prémonitoires, etc.

Enfin nous essaierons de rapporter à la période d'incubation de la varicelle, les études récemment entreprises sur la période d'incubation de la rougeole.

(1) Comby. *Revue des maladies de l'enfance*, avril 1885.

# CHAPITRE PREMIER

## Durée de la période d'incubation.

Ce n'est pas dans les observations prises en milieu hospitalier que nous aurons le plus de chance de trouver des opinions sérieuses sur la durée d'incubation de la varicelle. Les auteurs sont d'accord pour assurer que la durée exacte de l'incubation ne peut être évaluée véritablement qu'en dehors de l'hôpital. En effet pour que les faits soient valables, il faut préciser le jour du contact avec un infecté. Il faut de plus qu'entre le premier contact et le jour d'éclosion de la maladie le sujet en observation n'ait pas été de nouveau en relation avec d'autres sujets atteints de la même maladie.

Pour avoir des bases certaines, on a essayé de l'inoculation de la varicelle, s'adressant ainsi à l'expérimentation.

M. le Dr d'Heilly (1), inoculant la varicelle en milieu hospitalier, arrive à cette conclusion, que la période d'incubation varie de 3 à 17 jours.

Après lui, Dumontpallier inocule 10 malades. Trois seulement sur ces 10 malades furent atteints de varicelle.

| | |
|---|---|
| Le premier au bout de . . . . . . | 3 jours |
| Le second . . . . . . . . . . . . | 10 jours |
| Le troisième . . . . . . . . . . . | 17 jours |

M. Dumontpallier arrive donc au même résultat que M. d'Heilly et ce résultat n'est guère satisfaisant.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 3 octobre 1887.

Ajoutons encore que ces expériences ne peuvent être considérées comme rigoureusement exactes. D'abord l'inoculation directe hypodermique et le contage sont-ils de même nature? Ensuite, en milieu hospitalier, les malades couchés côte à côte dans des salles communes ont en plus de l'inoculation expérimentale, des chances de contagion.

En Allemagne, ces expériences avaient été déjà faites par Steiner (1). Cet auteur inocule 10 malades. Il réussit mieux que MM. d'Heilly et Dumontpallier, puisque sur ces 10 malades inoculés 8 sont atteints de varicelle. Chez les 8 malades de Steiner, l'incubation fut de 8 jours.

Trousseau et Brya avaient essayé, mais en vain. d'inoculer la varicelle. MM. d'Heilly et Dumontpallier ne réussirent que 3 fois sur 10.

Cette méthode d'expérimentation pour fixer l'incubation de la varicelle est donc des moins précises.

On se base alors sur l'observation.

Les médecins anglais fixent la durée de l'incubation à dix ou quatorze jours.

En France, Trousseau, Thomas, Brya donnent respectivement des durées de douze, quinze et dix jours.

M. Talamon, dans trois articles (2) venant successivement à l'appui les uns des autres, est très affirmatif. Pour lui, il faut assigner à l'incubation de la varicelle une durée fixe. Ce n'est pas de dix à seize jours, ni de treize à dix-sept qu'il faut dire, c'est exactement quatorze jours. De

(1) Steiner, *Med. Wochenschrift*, 1875, Traduction lue à la Société médicale des hôpitaux, 27 novembre 1885.

(2) Talamon, *Médecine moderne*, 6 août 1891, 19 août 1892, 19 mai 1893.

telle sorte qu'un malade ayant été contaminé un dimanche ou un lundi aura sa varicelle le 2e dimanche ou le 2e lundi. Il se base sur deux observations prises en dehors du milieu hospitalier, et en particulier sur une observation de John Eyre (1).

De ces deux observations, il semble ressortir pour ces deux auteurs que la varicelle comme les autres fièvres éruptives peut être contagieuse non seulement pendant sa période d'éruption, mais encore pendant sa période d'incubation.

A cet effet M. Talamon rapporte l'observation suivante :

Une petite fille est atteinte de varicelle après une incubation normale de 14 jours, le contage ayant pu être retrouvé. Le frère de cette enfant tenu en dehors de tout contact autre que celui de sa sœur, a une éruption varicelleuse type, 48 heures exactement après sa sœur. Or, il est difficile d'admettre que chez ce jeune garçon la période d'incubation n'ait été que de 48 heures : il faut donc croire que le contage s'est fait pendant l'incubation de la varicelle de la petite fille.

Sur ce sujet, M. Balzer (2) dit : « Il se peut que l'individu « en incubation d'une fièvre éruptive donne cette fièvre, « non par ses émanations propres, mais par les germes « qu'il porte sur lui et dont il est la première victime. »

Si M. Talamon est très affirmatif pour la durée de quatorze jours, M. Gouget (3) ne l'est pas moins pour dire que rien n'est plus variable que la période d'incubation, qu'elle peut être retardée ou très raccourcie dans certains cas. Il

(1) Eyre, *British medical Journal*, 31 décembre 1893.

(2) Balzer, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

(3) Gouget, Note sur l'incubation de la varicelle. *Revue des maladies de l'enfance*, mars 1893.

rapporte deux observations soigneusement étudiées où il ne paraît pas y avoir de doute sur la durée de l'incubation, qui n'aurait été, dans ces deux cas, chez deux enfants, que de quatre jours.

M. le Dr J. Lucas-Championnière, à qui nous avions parlé du sujet de cette étude, nous a raconté de vive voix ce qui suit : Deux enfants, le frère et la sœur, tenus à la campagne soigneusement à l'écart de tous les autres enfants, pour cause d'épidémie de rougeole, se trouvent avec un autre enfant qui, trois ou quatre jours après, présente une belle éruption varicelleuse.

Or, les deux enfants eurent respectivement la varicelle 21 et 23 jours après le contage.

Ceci tendrait à prouver la possibilité du contage pendant l'incubation en plus de la longue durée de celle-ci.

Nous sommes allé demander l'opinion de médecins qui se sont occupés de l'incubation des maladies infectieuses, ou qui, par leur situation dans les hôpitaux de Paris, sont en rapport quotidien avec des enfants.

Pour M. Béclère, il n'y a pas de date fixe, l'incubation dure de 14 à 17 jours.

Pour M. Guinon l'incubation serait de 12 jours.

Pour M. Delpeuch de 12 jours.

D'autre part, pour Picot, de 11 à 14 jours.

Pour Hartell, de 12 à 17 jours.

M. Apert (1) a spécialement étudié une épidémie de varicelle dans une maternité. Nous résumerons son article très long et très documenté, parce qu'il est intéressant de savoir

(1) Apert, *Bulletin médical*, 1895.

quelle est la durée de l'incubation chez les nouveau-nés.

Le 7 janvier 1895, l'épidémie se déclare pour ne s'éteindre que le 11 mai 1895. Voilà déjà qui va à l'encontre de l'opinion généralement admise de la durée éphémère des épidémies varicelleuses.

M. Apert a pu, durant cette épidémie, suivre neuf générations successives :

| | | |
|---|---|---|
| 1re *Génération* : | | Deux enfants entrent à la maternité : au bout de 3 jours éruption varicelleuse : |
| | | 16 jours. |
| 2e | — | Un enfant : |
| | | 14 jours. |
| 3e | — | Un enfant : |
| | | 13 jours. |
| 4e | — | 4 enfants : |
| | | 15 jours. |
| 5e | — | Une nourrice : |
| | | 14 jours. |
| 6e | — | 6 enfants : |
| | | 14 jours. |
| 7e | — | 4 enfants : |
| | | 14 jours. |
| 8e | — | Un enfant : |
| | | 14 jours. |
| 9e | — | Un enfant. |

En somme nous voyons la varicelle, comme les autres maladies infectieuses et les fièvres éruptives en particulier, ne pas avoir de période d'incubation fixée d'une manière absolue.

Peut-on admettre que la durée de la période d'incubation variera avec l'état du sujet, sa plus ou moins grande

résistance, son passé pathologique, ou d'autre part, peut-on croire à un degré plus ou moins grand de virulence du germe pathogène ?

C'est ce que nous rechercherons au chapitre de l'incubation des maladies infectieuses.

Il y a en outre des symptômes propres à la période d'incubation. Les auteurs en signalent peu. Ce sont les symptômes des fièvres éruptives en général.

Santschenko (1) sur 872 cas rapporte des vomissements, quelques convulsions, un pouls fréquent, une augmentation de température le soir, allant de 37°7 à 37°9.

De Lannoïse (2) donne une observation, où il insiste surtout sur le changement de caractère, l'anorexie, la tristesse, la somnolence qui auraient été nettement constatées par lui pendant une période de 15 jours qui précéda l'éruption.

Il ressort de la divergence même des opinions au point de vue de l'incubation de la varicelle que celle-ci n'a rien d'absolu.

Sans être affirmatif comme M. Talamon qui donne à l'incubation une durée fixe de 14 jours, opinion appuyée par M. Apert dans ses observations chez les nouveau-nés, nous dirons que l'incubation a une durée rarement plus courte, souvent plus longue pouvant aller jusqu'à 17, 19, 23 et même 25 jours, comme il ressort des observations que nous apportons à la fin de ce travail.

(1) Etude de 12 épidémies de varicelle. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1895.
(2) De Lannoïse. Thèse Paris, 1896.

## CHAPITRE II

### L'incubation dans les maladies infectieuses.

Nous définirons l'incubation : cette période latente des maladies comprenant tout le temps qui s'écoule entre l'irruption du principe infectieux dans l'économie, et l'apparition des premiers symptômes d'une affection caractérisée en nosologie par le développement de ce principe infectieux, et sa prise de possession de l'organisme tout entier.

Existe-t-il des règles physiologiques applicables à l'incubation ; en d'autres termes, le développement du germe infectieux évolue-t-il toujours d'une façon identique ? n'existe-t-il pas des facteurs capables d'entraver son envahissement, ou tout au moins de le retarder ?

Si, d'une part, l'incubation est variable suivant l'espèce nosologique, c'est toujours une période de latence pendant laquelle l'infectieux couve, c'est une période de début, que le germe pathogène saura mettre à profit pour se multiplier dans l'organisme.

Le professeur Brouardel a dit : « Nous savons depuis de « longues années, que la réceptivité morbide est personnelle à chacun de nous, suivant son âge, suivant ses « états de santé antérieur ou actuel ; mais, de plus, nous « apprenons que la dose du virus ingéré ou inoculé a une « influence sur l'intensité des manifestations morbides, « sur la rapidité de leur évolution. »

Il existe donc déjà deux facteurs capables de modifier l'incubation : d'une part, la réceptivité morbide, propre à chacun de nous, de l'autre, la quantité du germe pathogène. Ajoutons maintenant sa qualité, autrement dit sa virulence.

Dans une maladie infectieuse, l'hypothèse d'un poison organique, de l'infectieux, est rigoureusement inséparable de l'hypothèse de l'incubation. Ce sera ce moment pendant lequel l'élément infectieux, mis en rapport avec le sang, la lymphe, etc.,préparera peu à peu l'invasion de la maladie avant qu'elle n'éclate.

L'incubation est donc considérée jusqu'ici, comme cette période de la maladie non manifestée par des symptômes. Mais, pendant cette période, le germe n'est pas inactif, il va se multiplier, et il y aura véritablement maladie, lorsque l'économie sera altérée à un degré incompatible avec son fonctionnement régulier. C'est un véritable stade de l'infection. Nous avons vu et nous avons signalé des observations de varicelle, où celle-ci avait été contagieuse à sa période d'incubation. Les faits abondent pour la rougeole, pour la scarlatine, pour la variole, etc., etc. A ce sujet, rappelons un cas curieux de contagion de la variole à sa période prééruptive. Le cas est rapporté par Schaper (1). Ce médecin faisait de nombreuses greffes épidermiques à la Charité de Berlin ; il se servit un jour pour une de ces opérations, d'un bras amputé à un individu, qui, lorsqu'on l'amputa, ne présentait aucune trace de maladie générale. Trois jours après l'amputation, le

(1) Schaper, *Deutsche militärartztl. Zeistschr.*, 1872, p. 53.

blessé eut une belle éruption variolique ; or un individu sur lequel la greffe avait été faite, eut six jours après la variole.

Ces observations prouveraient donc, à défaut d'autres raisons, de l'observation clinique en particulier, que l'économie à la période d'incubation, est en puissance de germe infectieux.

L'économie est-elle toujours apte à recevoir l'agent pathogène, et à lui permettre de se multiplier en toute sécurité ? « On devient difficilement malade quand on est réellement bien portant », dit le vieil axiome, qui, ajoute M. Charrin (1), n'a de banal que la formule et est au fond essentiellement vrai. L'organisme et le germe infectieux entrent donc en lutte pendant toute la période d'incubation. Mais pour quelles raisons, en dehors de l'état de résistance du sujet, de la plus ou moins grande quantité de virulence des microbes, voit-on dans une maladie infectieuse, des écarts tels dans la durée de l'incubation ? Pourrait-on admettre une fièvre éruptive, abortive, précédant une fièvre infectieuse à sa période d'état. D'autre part, « est-ce que l'équilibre entre la force du virus et la force de l'organisme qui se défend, dit M. Chambard (2), est stable pendant l'incubation ou tout au moins en faveur de l'organisme ? » Si cela est, il n'est pas impossible de supposer un état d'équilibre stable, indéfini, si une cause adjuvante ne vient la rompre. Il est possible d'intoxiquer longtemps un animal avec du curare ou de la strychnine, sans provoquer de paralysies ni de tétanos, comme l'a démontré depuis

(1) Charrin, in *Traité de path. générale* de Bouchard.
(2) Chambard, *Dict. Dechambre*.

longtemps déjà Claude Bernard, pourvu que l'absorption du poison soit mathématiquement réglée, d'après son élimination. De même, en clinique, le rein malade laisse accumuler les principes toxiques de l'urine, cette accumulation, cette véritable intoxication ne se traduit tout d'abord par aucun symptôme, tant que le foie fonctionne bien, que les glandes sudoripares évacuent le poison, en un mot, tant que les suppléances se maintiennent. Viennent à faire défaut ces auxiliaires, sans que la diurèse se rétablisse normalement, et nous allons voir éclater les symptômes d'une encéphalopathie urémique.

Le germe pathogène aussitôt amené dans l'économie, lutte, se multiplie, s'accroît. L'organisme de son côté se défend ; mais pour se défendre il faut qu'il dépense des forces, et ces forces il se les empruntera à lui-même. Or cette dépense anormale de forces va l'épuiser, et cet épuisement doit infailliblement se traduire sinon cliniquement du moins d'une façon plus ou moins appréciable. Si les humeurs rencontrées dans l'organisme par les microbes sont bactéricides au plus haut point, le développement de l'infectieux est impossible et il n'y aura pas de maladie ; si au contraire, le pouvoir bactéricide est faible, les parasites vont lutter, disparaître en partie, mais en disparaissant ils laissent après eux des diastases que leur destruction même a procréées. Ces diastases, explique M. Charrin (1), modifient la matière dans la zone contaminée, l'adaptent aux exigences de ces parasites, à la façon de la levure qui métamorphose la saccharose et la lactose en

(1) Charrin, *loc. cit.*

éléments fermentescibles ; ainsi facilitée, l'évolution des assaillants va s'effectuer.

Pour Massart et Bordat, à la période d'incubation correspond la lutte entre le microbe et le phagocyte ; si le premier est victorieux la perturbation va de l'avant, s'il est vaincu au contraire, les troubles prennent fin et se réduisent à de minimes incidents qui passent totalement inaperçus.

Cormont et Doyon ne partagent pas cette manière de voir. Pour eux l'incubation ne cesse, les phénomènes généraux ne vont éclater qu'à l'instant même où les tissus sous l'influence des sécrétions microbiennes, de leurs toxines, ont répandu dans l'organisme par la circulation générale une large part des principes morbifiques.

Dans ce conflit quels vont être les champions de l'organisme, quels sont les facteurs capables de résister à l'envahissement des microbes qui se présentent en « bataillons serrés ? » Ce sont tout d'abord, la vitalité de la cellule nerveuse, l'énergie de son protoplasma, l'état de pureté du sang, le bon fonctionnement, l'intégrité des organes qui président à l'assimilation et à l'élimination. Nous voyons de suite quel rôle important va jouer dans cette lutte, un état de santé parfait, et en quel état d'infériorité va se trouver un organisme primitivement atteint ou récemment éprouvé par une grande inversion microbienne, une streptococcie, une staphylococcie, par exemple.

La théorie phagocytaire de Metschnikoff est toute de mise en ce cas, c'est elle qui nous explique comment le phagocyte va entourer de son protoplasma le microbe envahisseur, et nous comprenons comment l'infection a lieu,

lorsque les phagocytes ne peuvent plus détruire les microbes absorbés, et comme cet illustre savant l'a démontré, il trouvait une véritable dyspepsie des cellules phagocytaires chez les petits animaux auxquels il inoculait le charbon.

La manifestation du recul graduel de l'organisme devant le germe victorieux, quelle sera-t-elle donc ? Nous venons de voir que tout d'abord entraient en ligne de compte l'intégrité des organes, et la puissance de réaction de la cellule nerveuse. Mettant ces faits à part, car ils seront peu sensibles, partant peu appréciables, existe-t-il un fait palpable, une preuve véritable de l'état de combativité de l'organisme, en un mot de la période d'incubation ?

Tout récemment M. Combe (1) vient de faire paraître le résultat des recherches qu'il poursuivait depuis 2 ans sur l'état du sang dans la rougeole à sa période d'incubation, et à sa période d'état. Il porta ses recherches surtout sur les globules blancs, les leucocytes. Ces leucocytes polynucléaires sont en effet les défenseurs de notre organisme, ce sont les « agents de police de notre sang et les douaniers de nos muqueuses », suivant l'expression si pittoresque de M. Dufour ; qu'ils agissent par phagocytose comme le veut Metschnikoff, ou par sécrétion bactéricide comme le pensent Erhlich et Buchner, il importe peu ; ce qu'il faut retenir c'est que leur diminution de nombre ou leur affaiblissement va laisser l'organisme en proie au microbe envahisseur. M. Combe de son aveu même découvrit par hasard, un fait nouveau important, l'hyperleucocytose à la période d'incubation de la rougeole. Examinant toutes les semaines

(1) Combe, Sur un nouveau règne de la rougeole à la période d'incubation. *Archives mal. des enf.*, juin 1899.

l'hémoglobine et le nombre des globules blancs et rouges du sang d'un enfant anémique de son service, il trouvait normalement et invariablement un chiffre de 8000 globules blancs. Un jour il en trouva 13600 sans aucune cause pour l'expliquer. Trois jours après, les taches de Koplik apparaissaient et 2 jours plus tard l'exanthème morbilleux avec son cortège habituel de conjonctivite et de coryza ne laissaient aucun doute sur la nature de l'affection.

Partant de ce fait M. Combe examina systématiquement le sang de tous les douteux de rougeole et arriva à cette conclusion d'une leucocytose polynucléaire pendant l'incubation de la rougeole. Or cette constatation est de la plus haute importance, elle est à joindre à hyperlymphocytose de la période catarrhale de la coqueluche ; ce sont deux faits qui paraissent constants et utiles à reconnaître à la période d'incubation de ces maladies ; il serait des plus utile de poursuivre ces recherches pour la varicelle, la scarlatine, etc., etc.

En effet, il est indéniable que les fièvres éruptives soient contagieuses à leur période d'incubation ; grâce à ce fait nouveau on pourrait peut-être arriver à réaliser l'isolement pendant la période d'incubation. Or cette période est le plus souvent silencieuse dans une fièvre éruptive, si nous exceptons la tristesse, l'abattement, la mauvaise humeur etc., symptômes communs à une foule de maladies. L'hyperleucocytose se trouve bien dans d'autres affections mais seulement à leur période d'état ; dans la rougeole, peut-être dans la varicelle n'existe-t-elle que pendant l'incubation.

C'est aussi à une remarque accidentelle qu'est dû le travail de M. Meunier (1) sur l'abaissement du poids des en-

(1) Meunier, Période précontagieuse de la rougeole et sa valeur prophylactique. *Gazette hebd.*, 1898, n° 89.

fants pendant l'incubation de la rougeole. A l'hospice des Enfants-Assistés, dans le service de M. Hutinel, la feuille de tout enfant reçoit l'inscription des températures bi-quotidiennes et des pesées tri-hebdomadaires. Dans une des salles du service se trouvait un enfant atteint de maladie de Little sans aucun autre état pathologique. Pendant plusieurs semaines l'une et l'autre courbe évoluèrent normalement ; l'une oscillant autour de 37°2, l'autre montant obliquement, suivant un accroissement de poids régulier en rapport avec l'âge. Sur ces entrefaites une rougeole méconnue fut introduite dans la salle ; le petit paraplégique subit la contagion et contracta la maladie. Or en examinant sa feuille de température et le poids, on remarqua que la courbe thermique était restée normale pendant l'incubation et n'avait dessiné son ascension habituelle que pendant les quatre derniers jours qui précédèrent l'éruption. La courbe des poids s'était modifiée beaucoup plus tôt, présentait d'abord un plateau d'arrêt, puis une chute dès le 3e jour de l'incubation, c'est-à-dire 17 jours avec les symptômes fébriles et le catarrhe, onze jours avant l'éruption.

M. Meunier frappé de ce fait recueillit dans le service de M. Hutinel 45 observations d'incubation de rougeole avec observations cliniques à l'appui, et il arriva aux résultats suivants :

Dans 30 cas la pesée du sujet révèle un abaissement du poids du corps vers les 3e, 4e, 5e jours de l'incubation ; l'abaissement s'accentue les jours suivants, continue jusqu'à l'apparition de la fièvre et du catarrhe, constituant ainsi un phénomène précoce, constant, antérieur à la période éruptive. Meunier recherche alors quelle était la date d'ap-

parition de ce phénomène dans le cycle morbilleux. Appréciant en valeur moyenne il arrive à ce résultat que la chute de poids prémorbilleuse se manifeste toujours avant la période d'invasion, qu'elle débute de 5 à 6 jours avant l'apparition des premiers symptômes fébriles, c'est-à-dire de 8 à 18 jours avant l'éruption. La chute moyenne de poids oscille entre un maximum de poids de 700 gr., atteint deux fois, et un minimum de 90 gr. ; en moyenne la chute prémorbilleuse serait de 360 gr.

Meunier essaya de faire de ce trouble morbide une loi de pathologie générale applicable aux divers processus infectieux. Il ne se dissimule pas la difficulté et les seuls faits par lui constatés ont trait à trois observations de coqueluche et à deux de varicelle (1). Pour expliquer le mécanisme intime de la dénutrition, il faut rester sur le terrain des hypothèses (2). « Ou bien l'ingestion alimentaire se-
« rait amoindrie du fait d'une diminution de l'appétit, or
« cette particularité ne peut être notée et nécessiterait la
« pesée de tous les ingesta, ou bien le taux alimentaire ne
« variant pas il se produirait une perturbation du travail
« digestif, quelque ralentissement de l'absorption, de l'as-
« similation, sous l'influence d'une imprégnation toxi-
« infectieuse commençante. Ou bien enfin cette même
« influence agirait plutôt sur le processus de désassimi-
« lation et augmenterait les fonctions assimilatrices. »

Quoi qu'il en soit à l'heure actuelle l'étude de l'incubation des fièvres éruptives semble devoir entrer dans une phase nouvelle. Les travaux de Meunier, ceux de Combe

(1) Voir observations.
(2) Meunier, *loc. cit.*

sur l'hyperleucytose de la rougeole ouvrent un champ nouveau à l'étude. Ces recherches sont du plus haut intérêt théorique et surtout pratique ; elles résoudront peut-être le problème si difficile de la prophylaxie des fièvres éruptives, aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

## CHAPITRE III

### Des symptômes de la période d'incubation.

Les anciens auteurs sont loin d'être d'accord pour reconnaître à la varicelle des symptômes propres à sa période d'incubation.

Depuis plusieurs années il semble démontré par les travaux publiés à ce sujet, que cette période prodromique existe,qu'elle se manifeste par un ensemble de symptômes nettement définis.

M. d'Heilly (1) lorsqu'il inocula la varicelle à dix sujets n'eut que trois succès ; il n'a relevé chez ses sujets en expérience aucun symptôme permettant de faire reconnaître une varicelle à sa période prodromique. Pour cet auteur « l'apparition a été brusque sans aucun signe prémoni-« toire ».

Nous avons déjà dit que les observations de M. d'Heilly ne pouvaient servir de base,car elles ont été recueillies sur des malades inoculés et non sur des malades naturellement contaminés.

Santschenko (2), d'autre part, présente une statistique de 800 cas sur 872, ces 800 cas ayant présenté une période prodromique. Pour cet auteur le phénomène le plus constant a été une élévation de température.

(1) D'Heilly, *Soc. méd. des hôpitaux*, 23 octobre 1885.

(2) Santschenko, Etude de 12 épidémies de varicelle. *Revue des maladies des enfants*, 1895.

Steiner (1),qui comme M. d'Heilly eut recours à l'expérimentation, reconnaît une période prodromique et lui assigne une durée moyenne de quatre jours. Mais si nous parcourons les opinions des auteurs nous arrivons vite aux résultats les plus contradictoires.

Sédillot, Pinet et Bricheteau, Rayer, Rilliet et Barthez (2), Bouchut (3), d'Espine et Picot (4), Gintiard (5), Franck Ollivier (6), Nicolaï (7), Tordeus (8), Trousseau et Dieulafoy admettent tous une période prodromique plus ou moins longue, plus ou moins accidentée, mais ils l'admettent.

Thomas et Henoch nient cette période prodromique de la manière la plus énergique.

Faut-il faire débuter la période prodromique à la première ascension thermique comme le veulent Puig (9) et de Lannoïse (10), ou bien pouvons-nous admettre le début de cette période dès les accidents, tels que les éruptions muqueuses ? Il est évident qu'au point de vue clinique pur, l'éruption vésiculaire cutanée marque réellement le début de la période éruptive ; cependant, comme les éruptions muqueuses peuvent faire errer quelque temps le diagnostic, nous étudierons ces éruptions comme faisant

(1) Steiner, *Soc. méd. des hôpitaux*, 27 novembre 1895, trad. lue de la *Wiener med. Wochensch.*

(2) *Maladies des enfants.*

(3) *Maladies des nouveau-nés et des enfants.*

(4) *Traité des maladies des enfants.*

(5) *Path. et thérap. générales*, 1857.

(6) *Revue de médecine*, 1884.

(7) *Dissert.* Leipzig, 1868.

(8) *Journal de méd. de Bruxelles*, 1871.

(9) Thèse Paris, 1888 .

(10) Thèse Paris, 1896.

partie de la période d'incubation. Les vésicules peuvent cependant faire défaut sur la muqueuse. A cela on a objecté que si les vésicules n'étaient pas visibles, elles n'en existaient pas moins ; on les trouverait dans ce cas sur le poumon ou sur les bronches.

### A. — Des symptômes généraux.

Ces symptômes sont des plus vagues : *la somnolence*, la *lassitude*, la *perte de gaîté* sont également admis, mais ne font guère leur apparition que 36 ou 48 heures avant l'éruption.

Le *frisson* est noté, mais rarement.

La *céphalalgie*, s'accompagnant d'*épistaxis*, est rare et pourrait égarer le diagnostic en faveur d'une dothiénenthérie.

Plus facilement encore, la *rachialgie* persistante peut faire croire à un début de variole.

De Lannoïse (1), après Dumas (2) et Tham (3), cite les convulsions à la période d'incubation de la varicelle ; citons l'observation de Tham, elle est intéressante à ce sujet :

Petite fille de 3 ans et 6 mois, la respiration devient subitement irrégulière pendant le sommeil, l'enfant perd connaissance. Face pâle, lèvres blêmes, mâchoires serrées, corps rigide, yeux tournés en bas et à droite, pupilles rétrécies, pouls faible et lent, la respiration cesse, puis revient, mouvements convulsifs du côté droit. Deux jours après éruption de varicelle, avec la veille une température de 39°.

(1) De Lannoïse, *loc. cit.*
(2) Dumas, *Montpellier médical*, 1878.
(3) Tham, *Jahrbuch für Kinderh.*, t. XV.

La *muqueuse bucco-pharyngée* est rouge et sèche, mais non vernissée ; nous verrons plus loin que son altération peut aller jusqu'à la *stomatite*, comme l'a démontré M. Comby.

Les *piliers du voile*, surtout les *piliers antérieurs*, les *amygdales*, la *partie membraneuse* du voile du palais, peuvent être atteints des lésions qui caractérisent les *angines érythémateuses* et *pseudo-membraneuses*. Comme cela se passe ordinairement, l'angine érythémateuse se manifeste par un peu de rougeur et de sécheresse de la gorge. L'angine pseudo-membraneuse est plus rare, elle ne se contente pas d'apparaître avant l'éruption vésiculaire cutanée, elle suit cette éruption et la complique singulièrement. Girode (1) en a publié un cas des plus intéressants que nous citons *in extenso*.

### Observation de Girode.

L'enfant H..., 4 ans, est d'une bonne constitution et habituellement bien portant.

Le soir du 10 janvier 1892 il refuse de prendre son repas et se met au lit avec de la céphalalgie et une température élevée. Pendant la nuit, agitation, insomnie, quelques nausées.

Le 11. — Température 39°4, facies altéré, teint pâle. La céphalalgie persiste, il y a de l'anorexie, une soif vive, quelques vomissements muqueux. Langue un peu rouge, gorge luisante et sèche, amygdales tuméfiées. Pas de dysphagie notable. Urines rares, hautes en couleurs, cuisson au moment de la miction. Peau sèche sans aucune détermination particulière. Pouls 125. L'enfant accuse un endolorissement vague des membres, plutôt segmentaire qu'articulaire.

Le 12. — La fièvre persiste ainsi que la soif, le teint est encore plus

(1) Girode, Angine pseudo-membraneuse et orchite dans un cas de varicelle grave. *Arch. mal. enfance*, 1893.

pâle, demi-somnolence, on note sur le ventre et sur les cuisses six à huit maculo-papules arrondies, agminées, non prurigineuses.

Le 13. — Au matin, température 37°, donc normale, il persiste de la pâleur et un grand abattement. Une éruption de varicelle s'accuse nettement.

Au soir, température de 38°8, un peu de dysphagie.

Le 14. — Mal de gorge intense, le malade refuse de boire ou avale à grand'peine quelques gorgées qui refluent en partie par les narines. Les deux amygdales sont très tuméfiées, viennent presque au contact : l'amygdale droite présente à sa partie antérieure une grande plaque membraneuse blanc jaunâtre, épaisse, adhérente, limitée par un rebord muqueux rouge et saillant dans lequel elle est comme enchâssée. En arrière et au-dessous de cette plaque, se voient deux autres plaques distinctes, moins larges, qui semblent occuper l'orifice de deux cryptes amygdaliennes.

L'amygdale gauche présente également deux plaques de même aspect, bien limitées, à surface plane. Les frictions avec un pinceau de coton n'enlèvent presque rien à ces exsudats ; il ne se produit du reste aucun saignement.

Les ganglions sous-maxillaires des deux côtés sont tuméfiés, formant un empâtement dur très douloureux à la palpation. Un peu d'agitation dans la journée. Température du soir 38°7.

Le 15. — Température 38° et 38°3, les plaques amygdaliennes gauches se sont étendues, malgré les toilettes antiseptiques répétées : elles viennent presque à contact. A droite la grande plaque antérieure se prolonge sur le pilier antérieur et un peu sur la partie avoisinante du voile du palais. Elle est cependant, semble-t-il, moins épaisse et se laisse plus facilement enlever sans que l'on fasse saigner la région. Les engorgements ganglionnaires gardent le même caractère. La dysphagie paraît moindre. Pas de vomissements. Constipation. Les urines sont rares, foncées, un peu albumineuses.

Le 16. — Température 38°5. Les plaques amygdaliennes gardent la même étendue, mais sont moins épaisses, se reproduisent moins facilement et s'enlèvent mieux à l'aide du pinceau de coton. La tuméfaction des amygdales est moindre. Les fausses membranes ne sont pas

étendues davantage sur le voile du palais qui présente cependant du côté droit une rougeur assez notable. Les tuméfactions ganglionnaires sont moins appréciables du côté gauche, elles persistent à droite.

Le 17. — Apyrexie. Le còté gauche de la gorge est net ; à droite, les fausses membranes sont beaucoup moins étendues mais encore tenaces et adhérentes, les adénopathies persistent, mais sont presque indolentes ; l'enfant avale mieux, il demande un peu de nourriture.

A partir du 18 la gorge est détergée.

La convalescence est longue et pénible.

L'examen des fausses membranes pratiqué au début, montre la présence du streptococce à peu près pur, un seul tube donne quelques colonies de staphylococcus albus.

Dans cette observation il faut remarquer :

Que le début de l'angine a été l'accident initial avec élévation de la température à 39°4.

Que l'angine a précédé de 48 heures l'éruption de varicelle. Que les fausses membranes se sont développées parallèlement à l'éruption cutanée. Enfin que l'on se trouve en présence d'une véritable association microbienne, streptococce, staphylococce blanc, qui adjoints au germe pathogène de la varicelle expliquent la gravité relative des accidents.

Quelques cas de *néphrites pré-varicelleuses* ont été signalés. Les examens d'urine n'ont jamais décelé la présence de l'albumine dans les cas de notre connaissance.

En résumé, tous ces accidents sont bénins, ils n'acquièrent de gravité que dans les cas exceptionnels d'associations microbiennes, se manifestant le plus souvent par des angines à type pseudo-membraneux.

B. — **De la température à la période d'incubation.**

Dès l'abord se pose cette question. Y a-t-il une période fébrile précédant l'éruption ? ou bien cette éruption se fait-elle d'emblée ?

Les deux manières de voir sont également admises.

Sédillot (1) s'exprime ainsi :

« La fièvre dure douze, vingt-quatre, trente-six, au plus « quarante-huit heures ; le plus souvent elle est à peine « sensible accompagnée d'une légère courbature et de mal « à la tête. Le malade n'a pas de propension au sommeil « ni à s'aliter. Quelquefois les enfants sont si peu agités « qu'ils continuent leurs jeux, leurs amusements, leurs « repas. En somme on s'apercevrait à peine de leur état « sans la sortie de boutons qui paraissent tout à coup. »

Ollivier (2) dans une épidémie de quartier à l'hôpital Necker, a observé une fièvre prodromale de 12 à 24 heures.

Rayer, Rilliet et Barthez, Bouchut, d'Espine et Picot assignent à cette fièvre une durée de 1 à 2 jours.

Thomas et Henoch nient toute espèce d'élévation de température précédant l'éruption.

Pour les auteurs qui reconnaissent une ascension thermique prodromale le thermomètre atteindrait 38° à 38°8.

Kassowitz (3) rapporte une observation où le thermomètre marque 40° 2 jours avant l'éruption.

Nous n'avons pu noter personnellement aucune éléva-

(1) Sédillot, *Journal*, t. XIII.
(2) Ollivier, *Revue de Médecine*, septembre 1884.
(3) Kassowitz, *Montpellier médical*, mars 1878.

vation de température précédant la période éruptive dans toutes les observations que nous avons recueillies aux Enfants Assistés. Une seule fait exception (1), encore y avait-il eu laryngite et angine ; ajoutons que le petit malade était convalescent de rougeole.

Il nous faut donc étudier la température dans deux cas. Dans l'un la varicelle est normale, dans l'autre elle se complique à sa période d'incubation, de rash, d'angine, etc..., ou bien le sujet était un pré-infecté, avait un passé morbide qui pouvait influer sur la marche de l'incubation de la maladie.

De Lannoïse dans sa thèse donne 6 observations avec une température de 37°7 et 38° la veille de l'éruption, chez des sujets antérieurement bien portants et n'ayant pas de passé morbide. Si nous examinons les observations de varicelle dans la littérature médicale, nous voyons que Lorrain (2) donne des températures de 38°2 à 39°, mais seulement dans ces cas de rash morbilliforme et scarlatiniforme.

Dans notre observation la température atteint 40 degrés 48 heures avant l'éruption (3). Nous nous rencontrons avec MM. Marfan et Hallé qui donnent une température de 38° à 38°5 dans une varicelle précédée de laryngite. Girode (4) donne son observation avec angine pseudo-membraneuse ; la température atteint 39° 2 jours avant l'éruption tégumentaire.

Mais dans les varicelles normales nous ne voyons pas

(1) V. Observations.
(2) Lorrain, *Annales de Médecine*, 1894.
(3) V. Observations.
(4) Voir plus haut observations de Girode.

d'observations rigoureuses montrant une élévation de température aux derniers jours de la période d'incubation sans accidents accompagnant cette hausse thermométrique.

En dehors de ces complications, rash, angine, laryngite, etc., l'élévation de la température peut s'observer lorsque la varicelle couve chez un enfant pré-infecté ou en convalescence d'une maladie grave, pneumonie, rougeole, scarlatine, etc. Enfin la même ascension thermique s'observera chez les malades en proie à une affection chronique ; la tuberculose par exemple.

Ajoutons que presque toujours l'élévation de température s'observe 48 à 72 heures au maximum avant l'apparition sur la peau des vésicules pathognomoniques.

# CHAPITRE IV

## Des éruptions vésiculaires muqueuses.

La varicelle, nous l'avons vu, peut, à sa période d'incubation, voir éclore des angines érythémateuses et pseudo-membraneuses ; dans ce cas les angines figurent une véritable complication de cette période de la maladie. On se trouve en présence d'une association microbienne, d'une infection surajoutée. Mais il existe des angines propres à l'incubation de la maladie, ce sont des angines varicelleuses.

Si nous pouvions décrire assez exactement les divers types de ces éruptions muqueuses qui auront leur siège sur les amygdales, le voile du palais, le larynx, la conjonctive, la vulve, etc., notre but serait atteint, car il serait ainsi plus facile de faire un diagnostic de varicelle avant sa période éruptive.

Nous devons à la vérité, dire de suite que ces manifestations muqueuses prémonitoires ne sont pas des plus fréquentes, elles ne surviennent qu'à titre de complications ; mais il faut de toute nécessité les ranger dans la période d'incubation, puisqu'elles apparaissent avant l'éruption tégumentaire.

Cadet de Gassicourt, dans ses remarquables leçons sur les maladies des enfants, avait signalé la fréquence des vésicules sur le voile du palais. Quelques années plus tard

M. Comby (1) insistait sur les manifestations bucco-pharyngées, conjonctivales et vulvaires de la varicelle. Dans une leçon recueillie par M. Le Gendre, le professeur Grancher attirait l'attention sur l'étude de ces éruptions muqueuses à propos du diagnostic de la varicelle.

Les éruptions muqueuses ne sont pas de minimes complications de la période d'incubation. D'abord les angines et les stomatites peuvent, à ce point, faire souffrir un enfant en bas âge, qu'il refusera de prendre le sein de sa nourrice ; une laryngite pourra simuler un œdème de la glotte, un croup, nécessiter un tubage ou une trachéotomie ; la conjonctivite peut provoquer une inflammation de voisinage préjudiciable au bon fonctionnement de l'appareil de la vision ; en un mot, il nous faut pour être complets étudier successivement :

A. — Les éruptions de la muqueuse linguale.
B. — Les éruptions de la muqueuse buccale.
C. — Les éruptions des amygdales et du pharynx.
D. — Les éruptions de la muqueuse nasale.
E. — Les éruptions de la conjonctive.
F. — Les éruptions de la vulve.
G. — Les éruptions laryngées.

### A. B. — **Éruptions précoces des muqueuses linguale et buccale.**

Ce sont les plus importantes de toutes, elles sont sinon les plus dangereuses, du moins de beaucoup les plus fréquen-

(1) Comby, Note sur l'exanthème de la varicelle. *Progrès médical*, 1884.

tes. Cadet de Gassicourt fut le premier qui signala ces importantes manifestations prémonitoires de la varicelle. Après lui M. Charrin note cet accident six fois sur cinquante observations ; Chambard (1) les considère comme fréquentes ; M. Galliard (2) insiste sur leur gravité. M. Comby dit : « Les principaux auteurs classiques omet-« tent cette éruption qui ne leur paraît pas assez impor-« tante pour mériter une mention », il ajoute qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croit, car elle passe en général inaperçue précédant l'éruption tégumentaire de un jour à quelques heures. Cette éruption sur les muqueuses linguale et buccale peut figurer une stomatite ulcéreuse violente, apporter obstacle à tout essai de nutrition de la part de l'enfant ; nous ne pouvons mieux faire pour décrire cet état buccal que de donner, *in extenso*, l'observation de M. Comby.

Flo... Alphonse, âgé de vingt-cinq mois, est amené par sa mère le 28 juillet 1884 pour une violente inflammation de la bouche qui l'empêche de manger. En effet, la salive s'écoule au dehors, les lèvres sont épaissies, les gencives tuméfiées et saignantes et de nombreuses ulcérations s'observent dans la bouche. Ces ulcérations arrondies et superficielles existent sur la face dorsale de la langue, sur la face muqueuse de la lèvre inférieure, sur la face interne des joues et sur divers points des gencives. Toute la muqueuse buccale est rouge, enflammée, l'enfant ne peut mâcher et souffre beaucoup, sa mère ne peut lui faire prendre que du lait et des liquides non irritants. Il n'y a actuellement aucune éruption sur le voile du palais ni sur la gorge, quoique l'enfant ait accusé au début un peu de dysphagie. Ces accidents datent de cinq jours ; à ce moment, l'enfant à eu mal à la tête puis à la gorge. Le

(1) Chambard, *Dictionnaire Dechambre.*
(2) Galliard, *Méd. moderne*, janvier 1894.

lendemain la bouche était prise en même temps que des boutons apparaissaient sur la peau. L'éruption cutanée existe encore et nous permet de reconnaître la nature de cette stomatite qui rappelle par ses caractères extérieurs la stomatite ulcéreuse des enfants et des soldats. Nous voyons sur la face et sur le cuir chevelu, sur le tronc et sur les membres, des vésicules nombreuses dont la plupart sont déchirées, mais dont quelques-unes sont pleines et transparentes comme les vésicules jeunes de la varicelle. C'est la première fois que nous voyons l'exanthème buccal provoquer une réaction inflammatoire aussi violente. Sous l'influence du chlorate de potasse administré, *intus* et *extra*, l'inflammation tombe rapidement, la guérison ne se fait pas attendre.

Dans cette observation nous voyons que la stomatite légère, moyenne ou forte est la conséquence directe de l'exanthème buccal ; son intensité est proportionnelle à l'abondance de cet exanthème. Mais telle n'est pas la règle en général ; même si les vésicules siègent sur le dos de la langue, la face interne des joues, la face interne des lèvres, elles ne déterminent pas de lésions appréciables et ressemblent à de petites ulcérations que l'on peut prendre pour des aphtes ; ces ulcérations guérissent vite et bien. Quelquefois même si la stomatite ne se déclare pas, il y a un peu de trismus, un peu de gêne de la mastication.

M. Comby (1) dit que, dans ces cas d'exanthèmes buccaux, linguaux, etc. il n'a jamais pu voir exactement cet état vésiculeux qui s'observe à la peau. Nous pensons que, étant donné la fragilité de la pellicule qui recouvre la vésicule gonflée de liquide, celle-ci éclate très vite, et laisse à sa place une petite ulcération blanchâtre, déprimée, qui figure à s'y méprendre une ulcération aphteuse ou herpétique. Sur les lèvres l'ulcération tend à s'allonger.

(1) Comby, *loc. cit.*

Quant à la muqueuse elle est sèche autour de ces ulcérations, on ne note pas d'engorgement ganglionnaire. C'est cette éruption intra-buccale qui a reçu le nom de stomatite varicelleuse. Cette dénomination a le tort à notre avis de donner une idée fausse de la nature même de la stomatite. Une stomatite varicelleuse serait due à la vésicule elle-même, or la vésicule n'existe pas sur la gencive ; qui dit stomatite dit inflammation de tous les éléments de la muqueuse buccale sans distinction ; il y a bien stomatite, mais stomatite secondaire, érythémateuse ou ulcéreuse, ulcéro-membraneuse même ; et cette stomatite n'existera qu'autant que le manque de soins, la malpropreté, permettront aux microbes qui la constituent de se développer à leur aise en un milieu infecté, autour du foyer primitif : la vésicule varicelleuse.

Il est remarquable que cette stomatite secondaire soit quelquefois la seule manifestation d'une vésicule qui est passée inaperçue ; sur le tégument externe on peut ne trouver que des macules qui n'arriveront pas à la vésiculation ; la muqueuse buccale est alors rouge, enflammée, avec de ci, de là, quelques ulcérations blanchâtres, stigmates de la vésicule primitive. Il y a du trismus, de l'écoulement de salive, et fait plus grave si l'enfant est à la mamelle il refuse le sein. A ce sujet, citons le cas d'une fillette de trente-trois mois conduite à un dispensaire pour quelques vésicules de varicelle répandues sur le corps depuis quelques heures. L'enfant a de la fièvre, de l'anorexie, une soif intense ; sur le dos de la langue on trouve cinq vésicules ulcérées analogues à des aphtes ; une ulcération semblable occupe la mâchoire inférieure ; pas de vésicules palatines,

nombreuses vésicules à la vulve. Nous voyons que dans ce cas l'exanthème buccal est passé inaperçu et que, à part les quelques vésicules sur le corps, cet exanthème précoce a constitué la seule manifestation varicelleuse.

### C. — **Éruptions précoces des amygdales et du pharynx.**

Cette éruption prémonitoire est infiniment plus rare que l'éruption linguale ou buccale. Elle est néanmoins intéressante à connaître parce qu'elle peut faire errer le diagnostic sur une angine, angine herpétique en particulier. En effet, elle se manifeste sous la forme de petites ulcérations blanchâtres réunies en groupe. Il y a gonflement des amygdales, rougeur des piliers antérieurs, un peu d'engorgement ganglionnaire, une céphalalgie assez intense, de la sécheresse de la bouche, un peu de dysphagie.

En même temps la température s'élève, et elle s'élève beaucoup, 39°, quelquefois 40°. Cette pseudo-angine varicelleuse peut précéder de quelques jours l'apparition des vésicules sur le corps.

Sur la paroi postérieure du pharynx, on peut apercevoir quelques vésicules, mais nous devons dire que nous n'avons trouvé ce fait relaté dans aucune observation de varicelle, et que nous nous en tenons à la bonne foi des auteurs.

### D.E.F. — **Éruptions précoces de la muqueuse nasale, de la conjonctive et de la vulve.**

La manifestation prééruptive de la varicelle sur la muqueuse nasale se borne à des épistaxis. Ces épistaxis sont

rares mais utiles à connaître ; ils peuvent faire croire à un début de fièvre typhoïde, ils nous semblent dus à la congestion de la muqueuse pituitaire si riche en vaisseaux. La vésicule de varicelle n'aurait pas le temps de se constituer, et l'hyperémie de la muqueuse suffirait à créer un petit foyer hémorrhagique aux lieu et place de la vésicule varicelleuse. Si au contraire la pituitaire résiste, et que la vésicule ait le temps de se constituer, elle sera déchirée par suite du passage des mucosités ou des grattages, il y aura infection secondaire, et l'on assistera au rejet de ces mucosités sanguinolentes que signale M. Comby. Mais, dans ce cas, la vésicule nasale évoluera en même temps que les vésicules du corps, et l'on n'observera ces accidents que dans une varicelle diagnostiquée depuis longtemps.

En général, s'il y a épistaxis, la température s'élève rapidement à 39° ou même 40°, accompagnée d'un abattement considérable et d'un état pseudo-typhique qui rend le diagnostic des plus difficiles.

Quant à l'ulcération de la conjonctive, on en a peut-être observé un ou deux faits à la période d'incubation, elle est surtout fréquente à la période d'état. S'il y a conjonctivite, elle se manifeste par une petite vésicule de la conjonctive oculaire, mais il y a propagation de l'inflammation, ce qui ne se rencontre dans aucune ulcération muqueuse. C'est ainsi que la cornée peut être envahie ; la kératite est alors constituée par une véritable taie varicelleuse qui la recouvre. M. Besnier, dans ses cliniques de l'hôpital St-Louis, en a signalé un cas. Ces ulcérations ne sont pas dangereuses et, prises à temps, elles cèdent facilement au nitrate d'argent ou au sulfate de zinc.

Au sujet des vulvites, nous n'insisterons pas. On peut voir, comme dans le fait que nous citons plus haut, de cette fillette de trente-trois mois, siéger à la vulve de petites ulcérations arrondies, en tous points semblables aux ulcérations que nous avons décrites sur la muqueuse buccale. Ces vulvites sont, en général, de peu de gravité, quoiqu'elles amènent une assez vive rougeur de la vulve et un prurit tenace.

### G. — **Éruptions précoces du larynx.**

Des plus rares, la laryngite précédant l'éruption de la varicelle, n'a été signalée jusqu'ici que trois fois. On doit une observation à Ollivier (1), une autre à MM. Marfan et Hallé (2), une troisième à de Lannoïse (3). Manouvriez, le fils, aurait signalé le fait dans la *Gazette des hôpitaux* de 1879, au sujet d'une épidémie de varicelle dans le Nord. Nous avons lu son travail ; pour lui, la varicelle peut s'accompagner de véritables manifestations diphtériques. Cette allégation nous a paru un peu vague et nous n'osons la rapprocher de la laryngite vraie.

A ces trois observations nous en ajoutons une à la fin de notre thèse.

Dans les autres observations de laryngite, nous voyons, sauf une que la laryngite a évolué parallèlement à la varicelle. Nous nous attacherons à étudier la laryngite pré-

(1) Ollivier, in thèse de Boucheron, Paris, 1893.

(2) Marfan et Hallé, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1896.

(3) De Lannoise, Thèse Paris, 1896.

varicelleuse, manifestation d'une ou plusieurs vésicules sur le larynx, avant l'apparition des vésicules cutanées, une observation de MM. Marfan et Hallé en est un type, notre observation en est un autre.

### Observation de Marfan et Hallé.

Le 14 avril 1894, un enfant de trois ans, René H..., est reçu, le soir au pavillon Trousseau de l'hôpital des Enfants-Malades comme atteint de croup. Les parents nous apprennent que le petit malade est souffrant depuis trois jours. Depuis la veille, il a une toux rauque et depuis plusieurs heures il respire difficilement. Il présente en effet un tirage sus et sous-sternal persistant. La voix est voilée, mais n'est pas complètement éteinte. La gorge est rouge ; les amygdales sont un peu volumineuses. Aucune trace de fausses membranes ni sur les piliers, ni sur les amygdales, ni sur le pharynx. Pas de fausse membrane sur le nez. En somme, rien d'anormal dans la bouche.

Facies peu altéré ; pas d'asphyxie malgré le tirage. Pas d'éruption sur le corps. Température 38°.

Le tirage persiste avec une intensité moyenne toute la nuit ; mais la question d'une intervention n'est pas posée, l'enfant ne paraissant pas fatigué par le tirage.

Le 15 au matin, il est dans le même état que la veille au soir. Deux tubes de sérum sont ensemencés avec les mucosités de l'arrière-gorge et M. Roux pratique une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Rien de nouveau dans la gorge. Température 38°.

Le 15 au soir, on remarque sur le corps de l'enfant trois ou quatre petites papules très discrètes qui n'avaient pas été vues le matin et siégeant à la main, à la nuque et au ventre. Température 37°6. Le tirage persiste sans accès de suffocation. Dans la nuit du 15 au 16, le tirage augmente : l'enfant repose à peine, est agité.

Le 16, au matin, l'état est devenu très grave ; il y a des symptômes d'asphyxie ; les lèvres sont cyanosées ; le teint est mat et décoloré ; le tirage très prononcé. M. Marfan pratique la trachéotomie ; l'enfant est immédiatement soulagé, mais ne rejette au moment de l'opération

aucune fausse membrane. Le petit malade étant encore sur la table d'opération, M. Marfan remarque que les éléments éruptifs apparus la veille au soir ont changé de caractère ; ceux-ci ont augmenté de volume et de nombre ; et à la main, à la nuque, sur la face et au ventre existent des éléments bulleux à liquide transparent, absolument caractéristique de varicelle. Cette éruption est du reste fort discrète : il existe au plus dix à douze éléments sur toute la surface du corps.

Dans la journée, le père de l'enfant nous apprend par hasard, comme pour confirmer le diagnostic non douteux de varicelle porté le matin par M. Marfan, que le jeune frère de notre petit malade a, lui aussi, depuis la veille une varicelle diagnostiquée par un médecin de la ville.

Le soir le petit opéré a 39°, mais la respiration n'est pas très fréquente. M. Roux nous apprend que les tubes de sérum ensemencés la veille n'ont pas montré de bacille de Lœffler. Deux nouveaux tubes sont ensemencés, cette fois non pas avec les mucosités de la gorge, mais avec les exsudats pris directement dans la trachée par la canule. Pas d'injection de sérum anti-diphtérique. La nuit du 16 au 17 n'est pas mauvaise, étant donnée l'opération de la veille.

Le 17 au matin, le thermomètre est tombé à 38°. L'état général est assez satisfaisant. Rien d'anormal dans la cavité buccale. Pas trace d'éléments de varicelle sur la muqueuse buccale. Sur le corps, les éléments de varicelle évoluent normalement. Le front, la joue gauche, les deux mains, la nuque, le ventre et le dos présentent des bulles caractéristiques. Le soir, température 37°9. L'état général est redevenu bon. Le malade a été gai.

Les deux tubes de sérum ensemencés la veille avec les produits retirés de la trachée n'ont pas donné de colonie de bacille de Lœffler (examen de M. L. Martin).

Le 18, la canule est supprimée pendant quelques heures. T. 37°8. Appétit revenu.

Le 19. Ablation complète de la canule.

A partir de ce moment, rien de particulier à signaler.

La varicelle, qui n'a donné qu'une seule poussée éruptive, suit une évolution absolument normale. Pas trace de nouveaux éléments. A aucun moment il n'y a eu d'albumine dans les urines.

Le 30 août, l'enfant sort absolument guéri ; la plaie trachéale est très bien fermée ; la voix est intacte ; pas de cicatrice de l'éruption varicelleuse.

Dans l'observation de MM. Marfan et Hallé il y a une véritable sténose de l'organe avec tirage sus et sous-sternal, début brusque, tableau symptomatique identique au vrai croup. Dans notre observation au contraire, la laryngite a duré 48 heures, avec de la raucité de la voix, toux pénible et quinteuse, tirage sus-sternal, battement des ailes du nez, température très élevée, 40°, on avait porté le diagnostic de laryngite catarrhale.

Il est possible de dire que ces laryngites ont pour cause une éruption varicelleuse primitive du larynx, puisque immédiatement après elles apparaît une éruption type de varicelle : du reste les faits ont été vérifiés par une autopsie. Marfan et Hallé rapportent une autre observation de laryngite striduleuse, non trachéotomisée, suivie de broncho-pneumonie. A l'autopsie 23 heures après la mort, ces auteurs trouvèrent des noyaux de broncho-pneumonie disséminés des deux côtés du poumon, les ganglions du médiastin postérieur normaux, le thymus normal ; rien au cœur, ni au foie, ni aux reins, ni au tube digestif. Ils portèrent alors leurs recherches sur la partie laryngo-trachéale de l'appareil respiratoire : l'épiglotte était un peu rosée, la muqueuse trachéale nette de végétations. Ils ne trouvèrent qu'une lésion au niveau du larynx, cette lésion se caractérisait par une petite ulcération arrondie, assez peu profonde, comme faite à l'emporte-pièce, grande comme une lentille et siégeant à la partie postérieure de la corde vocale inférieure du côté droit, juste au niveau de l'orifice glottique.

La varicelle peut donc véritablement se manifester sur la muqueuse laryngée avant son apparition sur le tégument externe. Lori (1) disait de la varicelle au point de vue laryngoscopique : « Dans certains cas de varicelle j'ai vu « survenir une véritable hyperémie du pharynx, du larynx « et de la trachée ; mais on trouve rarement des pustules « sur la muqueuse de ces organes. J'ai vu quelquefois une, « jamais plus de 3 pustules ; elles étaient guéries 2 ou « 3 jours après leur formation. »

La laryngite varicelleuse peut donc se traduire en anatomie pathologique de deux façons : les ulcérations sont circulaires et siègent plutôt sur les cordes vocales inférieures et tout se borne là ; d'autres fois l'hyperémie s'étend à toute la muqueuse. D'où deux formes cliniques distinctes. La varicelle laryngée comme dans le cas de MM. Marfan et Hallé détermine une laryngite avec sténose permanente du larynx simulant le croup diphtéritique, d'autres fois comme dans notre observation il y a seulement des troubles de la voix, de la toux, un peu de dyspnée, des battements des ailes du nez, et très peu de tirage.

Le pronostic de la varicelle laryngée précoce est sévère. Deux cas sur trois ont été mortels. Le nôtre a été relativement bénin.

Quant au traitement de cette forme de laryngite, c'est le traitement des laryngites capables d'entraîner la suffocation. Il faudra pratiquer l'intubation, voire même la trachéotomie dès que le tirage est assez intense pour faire craindre des accès de suffocation qui menacent la vie.

(1) Lori, *Jahr. für Kinderheilk.*, 1883, p. 16.

# CHAPITRE V

## Des rash.

Le mot rash est un mot tiré de la langue anglaise ; il signifie éruption sur le corps. Les Anglais eux-mêmes l'avaient pris aux Italiens qui le faisaient dériver d'un mot vulgaire de leur idiome, « raschiare », gratter. Pour eux cette appellation n'avait rien de spécifique et ils la faisaient suivre d'un autre mot pour en préciser le sens : « variolous rash » éruption variolique,« red rash » éruption rouge, etc.

En France, on a fait de ce terme un néologisme aujourd'hui accepté pour désigner une éruption spéciale qui a acquis, d'abord dans l'histoire de la variole (1), puis dans celle de la varicelle, une importance véritable en raison des circonstances dans lesquelles elle se montre, des erreurs de diagnostic dont elle a été la cause, et de la valeur pronostique que l'on cherche à lui attribuer.

Le rash de la varicelle est-il toujours prééruptif ? Cette hypothèse fut posée pour la première fois par Gillet (2) à propos de plusieurs cas qu'il avait observés et son opinion fut confirmée par les observations de Demne (3). A l'heure actuelle on admet que le rash de la variole est toujours prémonitoire, que l'éruption se fait dans cette maladie, en

(1) Barthélemy, Thèse de Paris.
(2) Gillet, Rash dans la varicelle. *Revue génér. clinique*, 1892.
(3) Demme, *Wiener medinische Blætter*, 1892.

une seule poussée ; tout au contraire dans la varicelle, l'éruption se fait en plusieurs poussées, qui auraient ainsi une évolution propre, chacune d'elle pouvant ou non être précédée d'un rash. M. Galliard ne partage pas cet avis ; pour lui le rash est un phénomène critique qui marque la fin de l'éruption. Il donne cette opinion d'après les observations qu'il a pu recueillir.

Pour ne pas sortir du cadre de cette étude, nous nous bornerons aux rash prééruptifs, à ceux qui surviennent à la fin de la période d'incubation. Nous citerons d'abord toutes les observations, parues jusqu'ici, de rash prééruptifs.

THOMAS (1). — Garçon deux ans et demi, apparition d'un érythème scarlatiniforme généralisé qui dure six heures. Pas d'angine. T. rectale 41°6. Cinq heures après son début apparaissent les premières vésicules.

HENOCH (2). — Varicelle précédée d'un érythème prodromique. Pas de détails

BAADER (3). — Jeune fille, érythème diffus avec pétéchies ayant précédé d'un jour la varicelle. T. 40° ; P. 160. Pas d'angine.

ALEZAÏS (4). — Petite fille de 7 mois. Prise de fièvre le 26 octobre. Le 27, apparition de taches rouges qui ne tardent pas à se confondre en un érythème diffus. On porte le diagnostic de scarlatine.

Le 28, l'éruption avait pâli et dans la soirée apparaissent des macules qui le lendemain étaient transformées en vésicules.

Les jours suivants, nouvelle éruption de bulles normales. La sœur de la malade avait eu la varicelle treize jours auparavant.

STANIFORTH (5). — Enfant de 17 mois. Rash scarlatiniforme apparu

(1) THOMAS, *Archiv. für Dermatologie*, 1869.
(2) HENOCH, *Berliner klin. Wochen.*, 1874.
(3) BAADER, *Correspondenz Blatt. fur Schweizer Aerzte*, 1880.
(4) ALEZAÏS, *Marseille Médical*, 1886.
(5) STANIFORTH, *Brit. Med. Journal*, 1890.

douze heures avant la varicelle. Durée du rash un jour. Au sixième jour, forme gangréneuse.

Demme (1). — Rapporte deux cas dans lesquels, en l'espace de quinze jours, il se fit trois éruptions successives, séparées par un intervalle de deux à quatre jours. Un rash scarlatiniforme, généralisé à toute la surface cutanée, précéda chaque fois la poussée de varicelle. Il y eut même une légère ascension thermique.

Lorrain (2). — Garçon, 19 ans. Le 25 mars, courbature, frissons et diarrhée. Apparition de rougeurs sur les bras.

Le 25, éléments papuleux sur le visage.

Le 26, les rougeurs sont étendues aux cuisses et à l'abdomen. Angine, douleur à la déglutition, céphalalgie, rachialgie ; anorexie, vomissements. T. 38°2.

Le 28, le malade présente avec des vésicules, un érythème rubéoliforme au tronc, et scarlatiniforme aux membres inférieurs et à l'abdomen.

Evolution normale des vésicules. Guérison.

Bourdineau (3). — Broncho-pneumonie. Varicelle pendant la convalescence, rash scarlatiniforme prévaricellique. Guérison.

Victor, 5 ans, fièvre 38°5, 38°7, précédant pendant une journée le rash scarlatiniforme. Pas d'angine. Puis pendant la durée de l'exanthème, la température monte à 39°8. Anorexie, vomissements, selles diarrhéiques. Apparition des vésicules au troisième jour.

Badan (4). — Garçon de 4 ans ayant eu la scarlatine avec desquamation bien constatée. Le médecin est appelé parce que les parents ont remarqué une rougeur diffuse sur le corps de l'enfant. Pas de fièvre, langue saburrale. Pas d'angine, mais une ulcération du voile du palais au-dessus de la luette. Une seule vésicule à la région temporale. Le lendemain éruption confirmée.

De Lannoïse (5). — A..., âgé de 1 an, entre le 16 janvier 1896,

(1) Demme, *Loco citato*.
(2) Lorrain, *Annales de médecine*, 1896.
(3) Bourdineau, Thèse de Paris, 1894.
(4) Badan, *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 oct. 1883, p. 556.
(5) De Lannoïse, Thèse de Paris, 1896.

salle Blache, n° 28. Mauvais état général depuis quinze jours environ, signes de bronchite. Amélioration, le 7 février, tristesse, anorexie, constipation. Le lendemain 38° et l'infirmière aperçoit une éruption scarlatiniforme. Cet exanthème d'un rouge uniforme ne dépassait pas sur le tronc la hauteur du mamelon, s'étendant sur l'abdomen et les membres inférieurs.

Le soir, abattement, état typhoïde, 40°5. Le 9, 39°5, amélioration de l'état général. Eruption.

Obs. personnelle. — Malade présenté à la consultation pour une scarlatine. On l'envoie provisoirement au service des douteux ; le lendemain il avait la varicelle et était renvoyé salle Blache.

Il est facile de voir que les observations publiées jusqu'ici sont peu nombreuses. Cependant Bourdineau (1) a noté que dans les cas de rash connus, onze fois sur vingt ils étaient prééruptifs.

En résumant ces observations nous pouvons conclure que l'apparition du rash quel qu'il soit, précède l'éruption tégumentaire de quelques heures à deux jours au maximum; le plus souvent, l'intervalle est de vingt-quatre heures. L'apparition du rash se fait cinq heures avant l'éruption dans le cas de Thomas, un jour dans celui d'Alezaïs, de Baader ; douze heures dans celui de Staniforth, trois jours dans celui de Lorrain, deux jours dans celui de Lannoïse. Dans la varicelle comme dans les autres fièvres éruptives le rash précède donc généralement l'apparition de l'éruption pathognomonique. Mais nous devons ajouter que le rash peut aussi bien précéder une poussée secondaire de la maladie que la poussée primitive, par conséquent, apparaître au cours même de l'affection déclarée, bien mieux le rash

(1) Bourdineau, Thèse de Paris, 1894.

peut précéder sans exception toutes les poussées successives d'une même varicelle. A ceci on pourrait répondre comme M. Galliard que le rash agit comme phénomène critique ; nous croyons à l'encontre, que ce même rash au lieu d'apparaître comme épiphénomène, précède une autre poussée varicellique à qui le petit nombre de ses vésicules et leur discrétion permet de passer inaperçue.

L'apparition du rash à la fin de la période d'incubation est rarement silencieuse, c'est un des facteurs les plus importants de l'élévation thermique qui précède l'éruption, comme nous l'avons expliqué plus haut en étudiant la température prodromale. Ce rash, quelle que soit la forme sous laquelle il se manifeste, occupe le thorax et l'abdomen débutant par la partie supérieure du thorax pour envahir ensuite l'abdomen et les membres. Son invasion est très rapide et ne s'accompagne pas de prurit. Pour Weill (1), « Le rash peut occuper n'importe quelle partie du corps, « différant en cela de celui de la variole qui a un siège de « prédilection : portion sous-ombilicale de l'abdomen, par- « tie supérieure des cuisses et contour des flancs, de façon « à former une ceinture incomplète. »

Le rash pré-varicelleux adopte trois modalités dont jusqu'ici il ne semble pas s'être départi. Ce sont le rash scarlatiniforme, le rash morbilliforme et le rash purpurique dérivé du premier. Le rash scarlatiniforme est infiniment plus fréquent que le second dont on ne connaît qu'une observation due à M. Chauffard (2), et que le troisième qui semble le plus grave au point de vue du pronostic.

(1) Weill, *Gazette des hôpitaux*, 9 mai 1895.
(2) Chauffard, Du rash dans la varicelle. *Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1891, p. 38.

Nous essaierons de décrire séparément les trois formes de rash.

Le *rash scarlatiniforme* se caractérise par une rougeur diffuse de teinte plus ou moins foncée et rouge, suivant que les éléments qui le composent sont plus ou moins cohérents, suivant que l'hyperémie de la peau est plus ou moins intense, présentant par places, quelquefois, une pigmentation plus foncée comme celle que l'on observe dans la scarlatine. Sur ce fond rouge apparaissent de petites taches ecchymotiques de la grosseur d'une tête d'épingle. Si on vient à presser du doigt ces taches elles ne s'effacent pas, tandis que le fond rouge, sur lequel elles sont disséminées, disparaît et s'efface un instant pour revenir ensuite rapidement mais progressivement, de la périphérie vers le centre du cercle formé par la pression du doigt. Ces taches ecchymotiques ne tendent pas à l'hémorrhagie le plus généralement, bien que Baader (1) ait signalé quelques pétéchies.

Ainsi constitué le rash scarlatiniforme peut se généraliser à toute la surface du corps, comme d'autres fois il peut se limiter à certaines parties du tégument externe. Il est alors disposé en zones, en plaques plus ou moins séparées les unes des autres franchement et sans transition, ou au contraire reliées par une rougeur plus discrète que celle qui les compose, rougeur sans taches ecchymotiques. Enfin on peut voir aussi quelques petites taches maculeuses rouges isolées, figurant assez bien une éruption roséolique.

(1) V. plus haut, obs. Baader.

L'application du doigt, avons-nous dit, fait disparaître momentanément la rougeur de fond. M. Chauffard insiste sur cette particularité que de cette façon on ne détermine pas cette raie caractéristique de l'éruption scarlatineuse. Le rouge de fond varie de couleur, du rouge foncé, vineux au rose pâle en passant par des dégradés successifs. Mais la teinte la plus fréquente est le rouge vif ; il est du reste remarquable combien en l'espace de une ou deux heures l'intensité de la coloration peut varier. Le rash scarlatiniforme est indolore, n'entraîne pas de démangeaisons par suite pas de grattage.

Le siège de ce rash c'est le thorax et l'abdomen. Sa durée varie de quelques heures à trois jours. Enfin le rash disparaît, mais il ne s'efface jamais avant l'apparition des vésico-pustules de la varicelle. A l'encontre de l'éruption variolique, l'éruption varicelleuse ne respecte pas les places occupées par le rash et s'y développe aussi bien que sur les autres parties du corps.

Le *rash morbilliforme* dont on ne connaît qu'une observation due à M. Chauffard (1), se présente pour cet auteur de la façon suivante : une éruption morbilliforme constituée par un exanthème pigmenté par places avec intervalles de peau saine. Cet exanthème d'un rose pâle, occupe la moitié supérieure du tronc, le bas-ventre, et les membres inférieurs, il siège surtout au devant des genoux, et à la face externe des jambes et des cuisses.

Le rash scarlatiniforme peut quelquefois présenter, au lieu de son piqueté ordinaire de véritables taches ecchymo-

(1) Chauffard, *loc. cit.*

tiques. L'observation de Baader signale la présence de pétéchies. Il faut lui adjoindre une observation de J. Simon. Cet auteur aurait observé le cas 2 fois surtout à la partie interne des jambes et des cuisses. Ces observations de *rash purpurique* notaient une température ne dépassant pas 38°, mais l'état général était peu satisfaisant, l'exanthème était des plus violents, le voile du palais, les amygdales, la partie visible du pharynx étaient rouges et luisants à ce point que l'on croyait à une angine scarlatineuse. Il est important de noter que l'angine ait été seulement observée dans ce cas de rash purpurique ; en effet dans aucun cas de rash scarlatiniforme il n'en a été fait mention, pas plus que dans le cas de rash morbilliforme de M. Chauffard. De plus il y aurait eu épistaxis, fait des plus rares, comme nous l'avons déjà signalé à propos des éruptions vésiculaires précoces de la muqueuse nasale. Il serait peut-être possible de rapprocher ces cas de rash purpurique des cas de varicelles hémorrhagiques signalés par Andrews(1) en 1890.

En résumé nous pouvons conclure de l'étude des rash prééruptifs que ceux-ci terminent la période d'incubation de la varicelle ; qu'ils sont pour ainsi dire à cheval sur la période d'incubation et sur la période d'invasion. Qu'ils précèdent toujours une éruption de varicelle qu'elle soit primitive ou qu'elle soit secondaire. Qu'ils ne sont pas polymorphes mais qu'ils affectent 3 types cliniques principaux, qui sont par ordre de fréquence, les types scarlatiniforme, purpurique, morbilliforme. Que ces rash s'accom-

(1) Andrews, *London clinical Society*, 1890.

pagnent d'une élévation de température pouvant atteindre 40° ou 41° enfin que l'un des trois au moins, le purpurique, est concomitant d'un érythème pharyngé.

Au point de vue du pronostic, nous verrons que ces rash n'offrent pas de gravité, ils durent peu et disparaissent sans laisser de traces.

Ils ne sont embarrassants qu'au point de vue du diagnostic de la varicelle avant l'apparition de l'éruption pathognomonique ; nous chercherons au chapitre suivant comment il est possible de les découvrir, et de quelle façon nous pourrons les distinguer des maladies qu'ils peuvent simuler.

# CHAPITRE VI

## Pronostic.

Le pronostic bénin de la varicelle n'est aucunement assombri par la multiplicité des accidents que nous avons décrits comme pouvant survenir au cours de l'incubation de cette maladie.

De toutes les manifestations prémonitoires, une seule peut servir de base au pronostic d'une varicelle future, c'est la courbe thermique. Une forte et subite élévation de température, avec abattement, état pseudo-typhoïde, etc., est toujours redoutable, et peut faire craindre une varicelle compliquée de néphrite, comme l'a démontré Henoch (1), ou de gangrènes comme l'a cité Lorrain.

L'apparition d'éruptions vésiculaires muqueuses offre cet avantage de pouvoir dépister une varicelle quelques heures, deux jours même, avant son apparition. Ces éruptions n'offrent pas en elles-mêmes de gravité, les angines sont bénignes, les stomatites ne doivent pas éclater, car nous l'avons démontré, elles sont toujours secondaires ; une seule localisation muqueuse est redoutable, c'est l'éruption varicelleuse précoce de la muqueuse laryngée, qui débute parfois avec les allures théâtrales de la laryn-

(1) Henoch, *loc. cit.*
(2) Lorrain, *ibid.*

gite striduleuse, voire même du croup, et peut nécessiter un tubage ou une trachéotomie.

Quant aux rash, leur apparition n'a rien qui doive inquiéter. Ils ne semblent pas avoir d'influence sur le développement de l'éruption varicelleuse elle-même. Si le rash est purpurique, il faudrait peut-être craindre une évolution gangréneuse de la varicelle, mais le fait n'a été relaté qu'une fois.

Ce qui surtout peut assombrir le pronostic, c'est la préinfection du sujet, c'est son passé morbide, c'est l'affection chronique concomitante, tuberculeuse, syphilis acquise ou héréditaire, rachitisme, etc..., c'est enfin l'infection surajoutée, toujours impossible à prévoir qui trouvera, dans ce cas, un organisme apte à son développement par suite de son état de moindre résistance.

## CHAPITRE VII

### Diagnostic.

M. Louis Guinon (1) a pu dire et avec raison : « Rien n'est « plus facile que le diagnostic d'une varicelle type avec ses « bulles bien formées, elle ne ressemble qu'à elle-même. » Mais la période d'incubation avec ses multiples manifestations peut tromper le médecin, l'égarer sur beaucoup d'autres affections.

Nous n'avons pas à nous occuper de ces varicelles frustes qui ne se découvrent que par une seule vésicule : « une seule bulle avec son caractère cristallin », dit M. Galliard et le médecin est aussitôt renseigné. Nous avons essayé de démontrer au début de cette étude qu'il serait peut-être possible de dépister une varicelle à sa période d'incubation comme il semble possible à l'heure actuelle de découvrir une rougeole ; par la méthode des pesées régulières et des diminutions progressives de poids. Nous n'avons pu malheureusement en avoir qu'une observation type due à Meunier (2) ; dans les autres observations les poids évaluèrent normalement et physiologiquement.

Pourrait-on aussi appliquer à la varicelle la méthode de Combe (3) qui consiste à rechercher dans les fièvres érup-

(1) Guinon, *Traité de médecine.*
(2) Meunier, *loc. cit.*
(3) Combe, *loc. cit.*

tives, à leur période d'incubation, l'état des leucocytes et leur nombre ?

L'étude de la température donne peu de résultats pour un diagnostic précoce,quoi qu'en disent les auteurs ; nous n'avons pu relever dans nos observations de varicelle normale aucune élévation thermométrique avant l'éruption ; toujours cette hausse thermique a coïncidé avec un accident de la période d'incubation, une éruption vésiculaire muqueuse ou un rash.

L'état général plus ou moins bon, l'abattement, l'anorexie, l'épistaxis, peuvent faire craindre un début de *fièvre typhoïde*, d'*embarras gastrique fébrile*, *de grippe*, d'*infection intestinale* ; dans chacune de ces manifestations morbides la recherche des symptômes propres mettra le clinicien sur la voie du diagnostic.

La différenciation des angines est facilitée par la recherche bactériologique. Nous avons vu que dans l'observation de MM. Marfan et Hallé, cette recherche ne révéla jamais de bacille de Lœffler quoiqu'il y eût des accidents de croup.

Les *stomatites* secondaires seront facilement reconnues lorsque l'on aura trouvé sur la face interne des joues ou des lèvres l'ulcération varicelleuse caractéristique, il en sera de même de la conjonctivite et de la vulvite.

A la période d'incubation le diagnostic le plus difficile, le plus délicat est celui des rash ; les rash et autres exanthèmes similaires sont fréquents en clinique et leur valeur pronostique est différente suivant les cas. Il faut donc de suite préciser la variété de rash à laquelle on a affaire. Néanmoins le rash ne modifiant en rien l'évolution de la

varicelle il faut plutôt se mettre en garde contre l'erreur qui consisterait à prendre une *éruption scarlatineuse* ou *morbilleuse* pour un rash prévaricellique. Il est juste de dire que l'apparition rapide des vésicules viendra lever tous les doutes.

C'est avec la *scarlatine* que le diagnostic du rash scarlatiniforme offrira le plus de difficultés. Il faudra se baser sur l'absence d'angine dans la varicelle, sur l'état de la langue, sur la possibilité de créer la raie scarlatineuse. Dans la scarlatine il y a de l'adénite sous-maxillaire consécutive à l'angine, les symptômes généraux sont plus accusés, la température plus élevée. Il peut y avoir quelquefois sur les bords des plaques d'éruption de la scarlatine de petites vésicules claires qui peuvent simuler une varicelle ; dans ce cas le contenu des vésicules est légèrement acide, tandis qu'il est alcalin dans la varicelle.

En cas de coexistence de *rougeole* et de varicelle, le catarrhe des yeux, du nez, du larynx, des bronches, l'ascension thermométrique régulière, le début de l'éruption au visage dans la rougeole permettraient de reconnaître cette affection.

Pour différencier le rash prévaricelleux des *érythèmes polymorphes* survenant dans les maladies infectieuses, il faudra se baser sur les antécédents et la marche générale de la maladie. Le rash morbilliforme pourrait faire croire aux taches rosées d'une fièvre typhoïde ; on peut aussi le confondre avec une *roséole*, accident d'une syphilis acquise ou héréditaire.

Les *érythèmes médicamenteux* consécutifs aux ingestions de belladone, datura-stramonium, opium, antipy-

rine, etc., se manifestent en même temps que les symptômes généraux consécutifs à ces intoxications ; en particulier les intoxications opiacées se distingueront par leurs symptômes oculaires.

Enfin certains exanthèmes peuvent, mais de loin, simuler les rash, ce sont ceux qui succèdent à l'*usage répété des bains de mer*, *des eaux minérales*, à l'inhalation de vapeur de *chloroforme* ou d'*éther*, aux applications *d'électricité.*

Dans toutes ces circonstances il suffit d'être prévenu ; les renseignements sur l'état du malade, joints à l'absence du signe pathognomonique de la varicelle, la vésico-pustule, lèveront tous les doutes.

# CONCLUSIONS

I. — Ni l'expérimentation, ni l'observation clinique ne donnent de résultats probants sur la durée d'incubation de la varicelle. Le plus souvent cette incubation est de 14 jours, très rarement plus courte, elle peut être beaucoup plus longue et atteindre 19 et 23 jours.

II. — Dans l'incubation des fièvres éruptives l'organisme doit se défendre contre le microbe envahisseur. Il ne le peut qu'en se troublant. Dans l'incubation de la rougeole par exemple, les diminutions graduelles du poids du corps, et l'hyperleucocytose en sont un exemple. Pour le premier point nous n'avons pu trouver qu'une observation se rapportant à la varicelle. Ces études seraient des plus intéressantes à poursuivre aussi bien pour la varicelle, que pour la scarlatine, la variole, etc., car elles permettraient de réaliser une prophylaxie beaucoup plus rigoureuse. Nous savons en effet que ces fièvres éruptives sont contagieuses à leur période d'incubation.

III. — Les accidents de la période d'incubation sont : l'élévation de la température, qui n'existe, à notre avis, que s'il y a d'autres phénomènes tels que rash, éruptions muqueuses. Les éruptions vésiculaires muqueuses et les rash prééruptifs.

IV. — Les éruptions vésiculaires muqueuses siègent sur

les muqueuses linguale et buccale où elles peuvent donner naissance à des stomatites secondaires, sur les amygdales et le voile du palais où elles affectent les formes d'angines érythémateuses et pseudo-membraneuses, sur le pharynx, la conjonctive, la vulve.

V. — La localisation vésiculaire pharyngée crée une laryngite suffocante avant l'apparition des vésicules sur le tégument externe. Aux trois observations publiées jusqu'ici nous en ajoutons une. Ces laryngites sont des plus graves. Sur quatre cas, elles ont entraîné une fois la mort et nécessité une autre fois la trachéotomie.

VI. — Les rash sont toujours prééruptifs, ils sont scarlatiniformes, purpuriques, morbilliformes. Ils s'accompagnent d'élévation de température, mais n'influent pas sur la marche future de la maladie. Leur diagnostic peut être difficile et faire croire tout d'abord à l'affection dont ils empruntent le caractère éruptif.

---

# OBSERVATIONS

**4 cas de varicelle à l'hospice des Enfants-Assistés, cas formant une petite épidémie.**

Observation I (personnelle).

1er Cas. — Rob... Marcel, âgé de 26 mois, entre à l'hospice des Enfants-Assistés, pavillon Pasteur, le 7 décembre 1898. L'enfant, maigre et de mauvaise apparence, aurait sensiblement maigri depuis quelque temps. La mère interrogée raconte que son enfant tousse et refuse la nourriture.

A l'examen de l'enfant, on constate à la base du poumon gauche quelques râles, et une respiration soufflante à la racine de la bronche droite ; la mère étant bacillaire, l'enfant est considéré comme suspect de bacillose.

Du 7 décembre au 25 décembre l'état est stationnaire, l'enfant pèse à son entrée 8.300 grammes et pèse le 25 décembre 8.200 grammes, la température a oscillé régulièrement entre 37°2 et 37°8, le 25 éruption de varicelle.

La durée de l'incubation n'a pu être évaluée, l'enfant venant du dehors.

L'enfant est isolé immédiatement et sort guéri le 2 février 1899.

Observation II (personnelle).

2e Cas. — Quién... Emmanuelle, âgée de 19 mois, était entrée au pavillon Pasteur, le 5 décembre 1898, et est couchée à côté de Rob..., de l'observation I ; mauvais état général, suspecte de tuberculose. Du 5 décembre 1898 au 13 janvier 1899 l'enfant se porte assez bien, sa température oscille de 37°2 à 38°4, les selles sont régulières, les poids

augmentent normalement, de 7 kil. 300 à son entrée, ils atteignent 7 kil. 950 le 13 janvier 1899.

Ce jour là, il se fait une brusque élévation à 39° avec éruption de varicelle. L'enfant a été contaminée par le sujet Rob... de l'observation I et l'incubation a duré du 25 décembre date de l'éruption de Rob..., au 13 janvier, soit 19 jours. L'enfant sort guérie, le 4 février 1899.

### Observation III (personnelle).

3e Cas. — La nommée Pil... Valentine, âgée de 31 mois, entre au pavillon Pasteur, le 21 décembre 1898, pour une tuberculose osseuse, un mal de Pott.

Les poids ne varient pas jusqu'au 16 janvier, la température est normale, 37°2-37°4. Le 16 janvier la température s'élève à 39°4 avec éruption de varicelle.

La varicelle se complique, l'enfant meurt de broncho-pneumonie le 7 février avec une température de 41°.

Contaminée elle aussi par Rob... de l'observation I, l'incubation a duré du 21 décembre au 16 janvier, soit 23 jours.

### Observation IV (personnelle).

4e Cas.— Morn... Eugène, âgé de 5 ans et 5 mois, entre au pavillon Pasteur, le 28 novembre 1899, pour une diarrhée rebelle.

Mis à un traitement approprié il paraît se guérir, quand le 30 janvier 1899 il fait une température de 38°2 suivie d'une poussée de varicelle.

La varicelle évolue normalement, l'enfant sort guéri, le 28 février 1899.

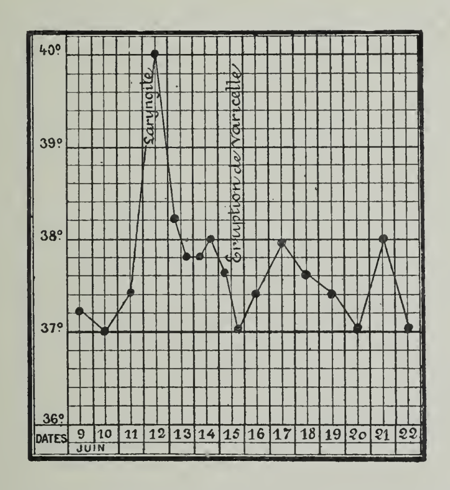
Si l'enfant avait été contaminé par Rob... de l'observation I l'incubation aurait duré du 25 décembre au 30 janvier, ce qui paraît peu probable. Il faut plutôt admettre que la contagion a eu lieu par le sujet de l'observation III qui a eu sa poussée de varicelle le 16 janvier ou par le sujet de l'observation II qui a fait son éruption le 13 janvier. Dans ce cas l'incubation a été de 14 ou de 17 jours.

Observation V (personnelle).

*Varicelle. — Durée de l'incubation inconnue. — Laryngite précédant l'éruption avec élévation de température.*

Bad... Antoine, âgé de 22 mois, quitte le lazaret des Enfants-Assistés le 6 mai 1899 pour une éruption de rougeole.

Il est immédiatement envoyé au pavillon des rougeoleux. La maladie évolue normalement, et l'enfant entre en convalescence le 22 mai.




Le 12 *juin*, l'enfant s'agite, refuse de manger, se plaint. Brusquement le soir, la température monte à 40° à 6 heures.

En même temps il semble respirer difficilement, les ailes du nez battent, le visage est rouge, congestionné, la dyspnée assez intense, il y a du tirage sus-sternal. La gorge est rouge et sèche.

L'enfant est aussitôt envoyé au pavillon des douteux de diphtérie.

La nuit du 12 au 13 est mauvaise, agitée, l'état dyspnéique persiste, le tirage augmente.

Le 13. — Au matin, 38°1, l'état général est le même. Pas de signes stéthoscopiques, les yeux pleurent un peu.

Le 13. — Au soir, température 37°9, toujours même état.

Le 14. — Température 37°9, l'état s'améliore, la voix est toujours rauque, la toux sèche et rare.

Le 15. — Eruption de varicelle généralisée, la température tombe à 37°, tous les accidents laryngés ont disparu.

Les poussées de vésicules se font sur la poitrine, le cou, les membres supérieurs et inférieurs.

La varicelle évolue franchement.

L'enfant est convalescent le 26 juin 1899.

### Observation VI (Meunier) (résumée).

*Diminution de poids pendant l'incubation de la varicelle.*

Marie L..., éruption de varicelle avec fièvre le 15 avril 1898. Le poids augmente du 1er au 6 avril, l'état est stationnaire du 6 au 8. Du 8 au 16 la déperdition est de 300 grammes. L'incubation a été apyrétique sans troubles digestifs.

### Observation VII (De Lannoïse).

*Eruption intense. — Epistaxis due à une ulcération varicelleuse. — Conjonctivite.*

B..., 6 ans, entre le 17 mai 1896, salle Blache, dans le service du Dr Simon aux Enfants-Malades.

L'enfant se plaint de la tête, a des vomissements, une violente douleur dans le côté gauche. On fait le diagnostic de pneumonie chez un tuberculeux en raison de l'état de ses sommets.

La maladie évolue régulièrement. La pneumonie disparue, on constate que les sommets sont atteints.

Le 28 *mai*. — Elévation de température, 37°4.

Le 29. — Température 39°5.

Le 30. — L'enfant a 38°6, et toute la matinée il a eu une épistaxis qui ne cède qu'au tamponnement de la fosse nasale du côté gauche.

La gorge est rouge, ce qui fait supposer un début d'angine.

Le soir la température est à 40°, l'enfant est très abattu, comme l'hémorrhagie nasale recommence on va chercher l'interne de garde. Celui-ci trouve la gorge rouge, les conjonctives injectées.

Le 31. — La température est au-dessous de 38°, la bouche est remplie

de vésicules transparentes et d'ulcérations blanchâtres. On porte le diagnostic de varicelle, le pharynx est très rouge.

Le 1er *juin*.—Au matin on trouve de nombreuses vésicules sur la figure et une éruption discrète sur le tronc et l'abdomen. L'œil gauche est le siège d'une congestion intense. On examine la paupière inférieure et en la retournant on voit deux ulcérations situées à un centimètre du bord libre.

On examine le nez et sur la cloison de la narine gauche on aperçoit une ulcération assez intense d'aspect gangréneux. Au-dessus de cette ulcération, il y en a une autre moins profonde et ressemblant aux ulcérations de la bouche.

Le 4. — L'éruption a disparu et il ne reste plus que des taches pigmentaires à la place occupée par les vésicules.

Quelques râles fins au poumon.

Le 6. — Bronchite intense.

Le 15. — L'enfant sort, mais il existe toujours un souffle au point où siégeait la pneumonie.

### Observation VIII (J. Simon).

*Eruption discrète. — Vésicules linguales.*

Enfant de 2 ans et demi ayant eu une rougeole légère à 6 mois. Très bonne santé depuis.

Depuis une quinzaine de jours, a perdu l'appétit, se plaint fréquemment de la tête et a envie de dormir. Il tousse surtout la nuit.

Le 14. — Fièvre subite, s'agite, la nuit du 14 au 15 a été excessivement mauvaise.

Le 15. — L'enfant entre à l'hôpital avec 37°9 de température. On examine sa gorge qui est saine. Sur la langue, à la partie la plus centrale se trouve une vésicule très large et nettement constituée. Sur l'abdomen une vésicule également, d'où le diagnostic de varicelle.

Le 16. — L'éruption externe est généralisée, il est impossible de retrouver la trace de la vésicule linguale. Le matin, température 37°6, le soir 37°8.

Le 17. — La température continue à descendre avec une légère exacerbation vespérale.

L'éruption est terminée, état général excellent. Pas d'albumine dans l'urine.

Le 21. — Sortie.

### Observation IX (Bourdineau).

*Broncho-pneumonie. — Varicelle pendant la convalescence. — Rash scarlatiniforme prééruptif.*

Après l'histoire d'une broncho-pneumonie, que l'auteur décrit, l'enfant Victor P.. .. âgé de 5 ans entre en convalescence le 15 octobre 1894.

Le 22 *octobre*, la température s'élève à 38° 5 ; en recherchant la cause de cette élévation de température, dit-il, nous constatons sur une grande partie de la surface du corps une éruption peu considérable, constituée essentiellement par une rougeur diffuse qui existe avec son maximum de netteté au devant des aisselles, sur l'abdomen, et sur les régions lombaires et inguinales. Cette éruption n'avait pas été remarquée la veille et est vraisemblablement apparue dans la nuit.

La gorge présente un aspect absolument normal, il n'y a pas de rougeur, pas de dépôt pultacé. L'enfant avale avec la plus grande facilité et ne se plaint nullement du pharynx. L'absence d'angine ne permet pas de porter dans ce cas le diagnostic de scarlatine.

Le 23. — L'éruption rouge présente les caractères suivants : elle persiste avec la même intensité sans qu'il y ait augmentation ni diminution, mais ses caractères ont un peu changé.

Au lieu d'une coloration uniformément et légèrement rouge elle présente un aspect granité. Cet aspect est dû à ce que sur le fond rouge pâle se diffuse un pointillé plus foncé analogue à la scarlatine. Ces points ont une coloration légèrement violacée, disparaissant incomplètement sous la pression du doigt, contrairement à la rougeur des parties voisines qui disparaît toute.

L'état général est sérieux. La température était de 39°5 hier soir, 38° 5 ce matin. La langue est blanche,recouverte d'un enduit saburral, la gorge est normale, l'anorexie est complète. Dans la matinée l'enfant a eu des vomissements et deux selles diarrhéiques, l'abdomen est souple, indolore.

La toux a disparu ; la respiration n'est pas fréquente, 25 par minute.

En examinant l'enfant on constate sur le cou et la partie supérieure du thorax quelques vésicules du volume d'un grain de millet, reposant les unes sur une auréole érythémateuse, d'autres sur la peau saine.

Elles sont remplies d'un liquide clair, transparent ; sur le reste du corps nous ne voyons aucune trace de nouvelle éruption.

Le 24. — La coloration rouge du tégument a tout à fait disparu. La peau a repris sa coloration normale, elle ne montre plus aucune décoloration à la pression du doigt. C'est à peine si en quelque point on aperçoit, mais bien peu appréciable, un petit piqueté rougeâtre.

De nouvelles vésico-bulles sont apparues, les premières ont grandi, leur volume varie aujourd'hui entre celui d'un grain de millet et celui d'une lentille, elles existent sur la partie supérieure du tronc et sur le cou. Quelques-unes apparaissent au visage. Leurs caractères sont ceux des bulles de varicelle. La plupart ont l'aspect de belles perles, etc., etc.

Le 25. — Du rash scarlatiniforme il ne reste plus aucun vestige, le pointillé qui persistait hier encore a tout à fait disparu ; pas de démangeaisons, pas de desquamation. Pas d'albumine dans les urines.

Les 26, 27, 28, 29, 30, l'auteur décrit la fin de l'éruption de la varicelle, et la convalescence de l'enfant.

---

# BIBLIOGRAPHIE

**Trousseau**. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu.*
**Lasègue**. — *Etudes médicales.*
**Peter**. — *Leçons de clinique médicale.*
**Jaccoud**. — *Pathologie interne.*
**Charcot-Bouchard**. — *Traité de médecine.*
**Debove-Achard**. — *Manuel de médecine.*
**Descroizilles**. — *Pathologie et clinique infantiles.*
**Rilliet et Barthez**. — *Maladies de l'enfance.*
**Bouchut**. — *Maladies des nouveau-nés et des enfants.*
**Chambard**. — *Dictionnaire* DECHAMBRE.
**Rayer**. — *Dictionnaire* en 15 volumes.
**Sedillot**, **Pinet**, **Bricheteau** } *Dictionnaire* en 60 volumes.
**Laveran et Teissier**. — *Path. interne.*
**Dieulafoy**. — *Path. interne.*
**Charrin**. — *Pathol. générale* de BOUCHARD.
**Comby**. — *Traité des maladies de l'enfance.*
1868. **Nicolaï**. — *Dissert.* Leipsig.
**Tham**. — *Jahrbuch für Kinderh.*, t. XV.
1869. **Thomas**. — *Archiv. für Dermatologie.*
1871. **Henoch**. — *Berliner klin. Wochen.*
1878. **Dumas**. — *Montpellier médical.*
1879. **Makuma**. — The period of incubation in varicella. *British med. Journal.*
1880. **Baader**. — *Correspondenzblatt für Schweizer Aertze.*
1882. **Béclère**. — *Incubation de la rougeole*, thèse Paris.
1883. **Lori**. — *Jahr. für Kinderheilk.*
1884. **Ollivier-Franck**. — *Revue de médecine.*
**Comby**. — Note sur exanthème de la varicelle. *Progrès médical.*
1885. **d'Heilly**.— *Soc. méd. hôpitaux*, 3 et 23 octobre.
**Steiner**. — Trad. lue à la *Soc. méd. des hôpitaux*, le 27 novembre.
1886. **Alezaïs**. — *Marseille médical.*

1887. **Comby.** — De quelques particularités de la varicelle. *Rev. des mal. de l'enfance*, avril.

**Puig.** — Thèse Paris.

1888. **Œconomon.** — *Contribut. à l'étude de la varicelle*, thèse Paris.

1889. **Langguth.** — *Ueber die Specificitæt des Varicellen*, Berlin.

1890. **Bokaï et Perret.** — *Province médicale*, 1er juin, Lyon.

**Staniforth.** — *Brit. med. Journal.*

**Arynaï.** — *Stage d'incubation de la varicelle ou connexion avec ses causes*, Budapest.

**Andrew.** — *London clinical Society*, p. 79.

1891. **Talamon.** — *Médecine moderne*, 6 août.

**Galliard.** — Du rash dans la varicelle. *Bulletin Société méd. des hôp.*, juin.

1892. **Talamon.** — *Médecine moderne*, 19 mai.

**Gillet.** — *Revue générale de clinique.*

**Demne.** — *Wiener medicinische Blætter.*

1893. **Talamon.** — *Médecine moderne*, 28 janvier.

**John Eyres.** — *Brit. med. Journal*, Londres.

**Gouget.** — Note sur l'incubation de la varicelle. *Rev. des mal. de l'enfance*, mars.

**Girode.** — *Rev. des mal. de l'enfance.*

**Dennehy.** — Incubation of chicken-pox. *Brit. med. Journal*, Londres.

**Ischboldin.** — *Botnicka gazette*, St-Pétersbourg.

1894. **Chessmann.** — *Incubation period of chicker pox delayed by measles and parotidie fallan.*, Londres.

**Galliard.** — La varicelle, ses anomalies, ses complications. *Méd. moderne*, 13 janvier.

**Lorrain.** — *Annales de médecine.*

**Bourdineau.** — *Rash dans la varicelle*, thèse de Paris.

1895. **Santschenko.** — Etude de douze épidémies de varicelle. *Rev. mal. de l'enfance*, p. 582.

**Apert.** — Une épidémie de varicelle dans une maternité. *Bulletin médical.*

**Weill.** — Rash dans la varicelle. *Gazette des hôpitaux*, 9 mai.

1896. **Marfan et Hallé.** — *Rev. des mal. de l'enfance*, janvier.

**Comby.** — *Soc. méd. des hôpitaux*, mai.

**Goodal.** — On the incubation period of varicelle. *Brit. med. Journal.*

**De Lannoïse.** — Thèse Paris.

1897. **Walsch**. — Somes notes on a epidemia of schicken-pox in the orthopedic wood of the hospital of the university of Philadelphia. *Therapeutic. gazett*, New-York.

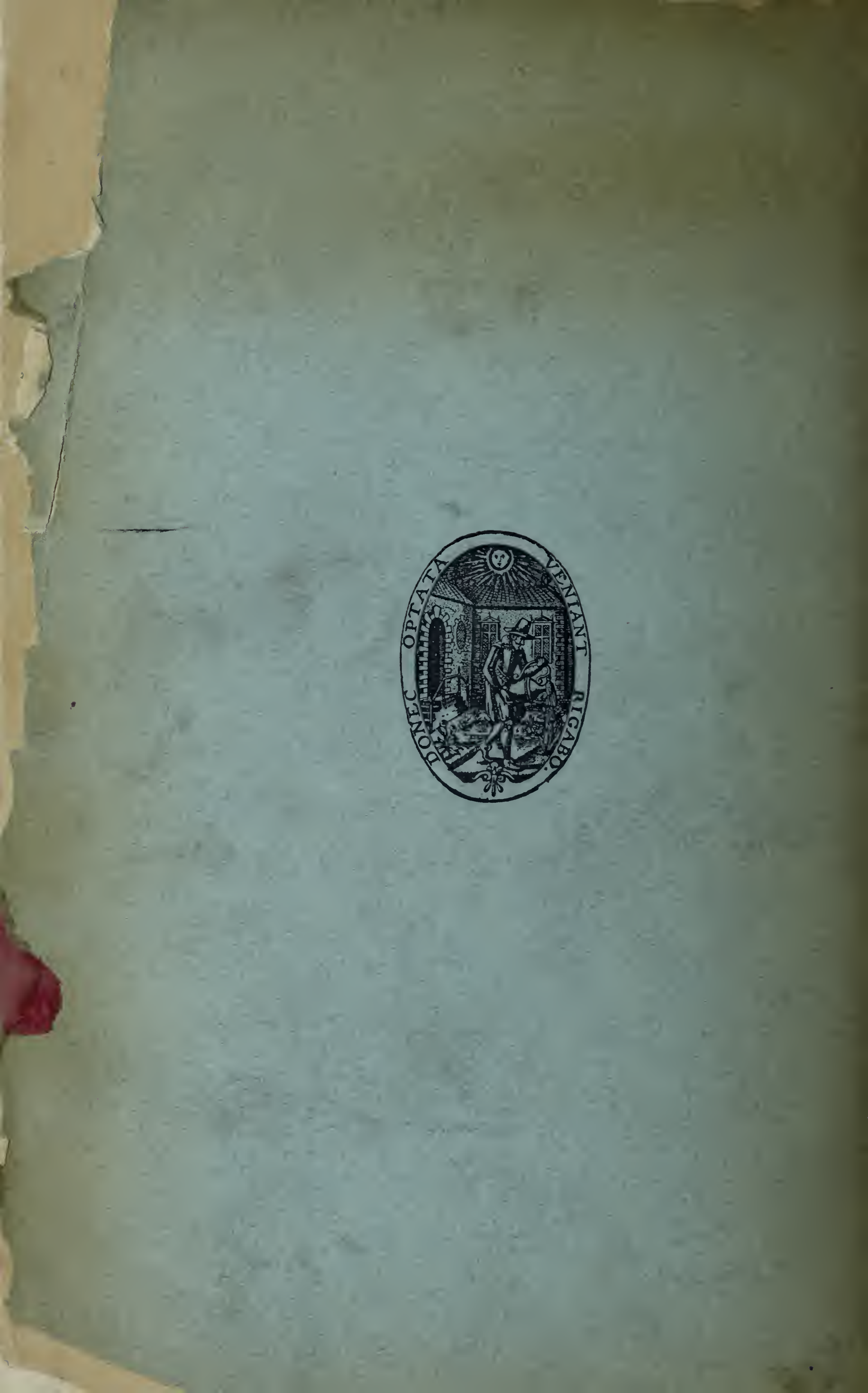
1898. **Carrel-Billiault**. — Epidémie intérieure de varicelle dans un asile d'enfants. *Province médicale,* Lyon.

**Meunier**. — Variations de poids dans l'incubation de la rougeole. *Gazette hebdomadaire*, novembre.

1899. **Combe**. — *Archives générales des maladies des enfants*, juin.

---

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier.


DONEC OPTATA VENIANT RIGABO.